

”NET AUTTAVAT MINUA PÄRJÄÄHMÄÄN KOTONA”

Kotihoidon turvin kotona

Sosiaalialan koulutusohjelman opinnäytetyö

Lahtela Maarit & Lantto Merja

Kansalais- ja aluelähtöinen kehittäminen
Sosiaaliala
Sosionomi (ylempi AMK)

KEMI 2013

TIIVISTELMÄ

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU, Sosionomi (ylempi) AMK

Koulutusohjelma:	Kansalais- ja aluelähtöinen sosiaalialan kehittäminen
Opinnäytetyön tekijät:	Maarit Lahtela ja Merja Lantto
Opinnäytetyön nimi:	”Net auttavat minua pärjäähmään kotona”. Kotihoidon turvin kotona
Sivuja:	114 (15)
Päiväys:	6.5.2013
Opinnäytetyön ohjaajat:	Lehtori (YTM) Voitto Kuosmanen ja yliopettaja (YTT) Leena Viinamäki
<p>Opinnäytetyönä tehtävän kehittämishankkeen tarkoituksena on kehittää ikääntyneille ylitorniolaisille tarkoitettuja kotihoidon palveluja. Hankkeessa tarkastellaan, kuinka kunnan järjestämisvastuulla olevien kotihoidon palvelujen tuottaminen asiakaslähtöisemmin on mahdollista ja mitä muutoksia se vaatii Ylitornion kunnan nykyiseen palvelurakenteeseen ja toimintatapoihin.</p> <p>Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys muodostuu aihetta käsittelevästä kirjallisuuskatsauksesta. Ikääntymistä makrotasolla on tarkasteltu katsauksella kansainväliseen ja kansalliseen ikäpolitiikkaan sekä ikääntymistä Suomessa yhteiskunnallisessa kontekstissa. Lainsäädäntöä, valtakunnallisia ohjeita ja suosituksia, jotka edellyttävät asiakkaan vaikutusmahdollisuuksien lisäämistä palvelujen suunnittelussa ja toteuttamisessa, on tarkasteltu kotihoidon palvelujen näkökulmasta. Kehittämishanketta ohjaavana lähtökohtana on palvelujen asiakaslähtöisyys.</p> <p>Kehittämishanke on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Aineisto on kerätty Bikva-menetelmän mukaisesti neliportaisena alhaalta ylöspäin. Tutkimuksen kohderyhmänä ovat vuonna 1917–1932 syntyneet säännöllisen kotihoidon asiakkaat, kotihoidon työntekijät, kunnan johtavat viranhaltijat sekä poliittiset päättäjät. Menetelminä aineiston keruussa on käytetty kyselyä, yksilöhaastattelua sekä ryhmähaastattelua.</p> <p>Tulokset tässä kehittämishankkeessa osoittavat, että Ylitornion kotihoidon palveluita pidetään tärkeänä ikääntyneiden auttamismuotona. Palvelujärjestelmää tulee kuitenkin kehittää joustavammaksi ja saumattomammaksi, jotta asiakkaiden todelliset tarpeet tulevat huomioiduksi. Yhteistyötä kolmannen sektorin kanssa tulee tiivistää ikäihmisten yksinäisyyden lieventämiseksi. Kotihoidon tarve tulee Ylitorniolla lisääntymään merkittävästi seuraavien vuosien ja vuosikymmenien aikana. Tästä syystä kotihoidon tulee jatkaa uudistumistaan ja kehittää palvelujaan huomioiden asiakkaiden tarpeet samalla huomioiden myös kotihoidon työntekijöiden, prosessien ja talouden näkökulmat.</p>	
Asiasanat: kotihoito, asiakaslähtöisyys, palvelujen kehittäminen.	

ABSTRACT

KEMI-TORNIO UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES,

Master of Social Services

Degree programme:	Degree Programme of Social Services
Author(s):	Maarit Lahtela and Merja Lantto
Thesis title:	"They help me to manage at home". At home with the help of home care.
Pages:	114 (15)
Date:	6.5.2013
Thesis instructors:	Senior Lecturer (M.Soc.Sc) Voitto Kuosmanen and Principal Lecturer (D.Soc.Sc) Leena Viinamäki
<p>The purpose of the development project thesis is to develop home care services for elderly people in Ylitornio. The project examines the possibilities of producing home care services, which are the municipality's responsibility, with a more client oriented approach as well as the changes it requires in the municipality of Ylitornio's current service structure and policies.</p> <p>The theoretical frame of reference is a literature overview within the subject. On a macro level, aging has been examined with an overview of international and national age policies as well as aging in Finland within the societal context. Legislation, national guidelines and recommendations, which require increasing the client's possibilities to influence the service planning and execution, have been examined from home care services' point of view. The guiding principle of the development project is a client oriented approach in services.</p> <p>The development project is a qualitative study. The material has been collected in four steps from bottom up, in accordance with the Bikva-method. The research focus group includes clients born between the years 1917–1932 receiving home care regularly, home care workers, leading municipal incumbents and political decision-makers. The methods in collecting material include survey, individual interview and group interview.</p> <p>The results of this development project show that home care services in Ylitornio are considered an important way of helping the elderly. However, the service system should be improved to be more flexible and seamless, paying attention to the clients' actual needs. Cooperation with the third sector should be tightened to reduce seniors' loneliness. The need for home care will increase significantly in Ylitornio over the next years and decades. For this reason, home care should continue to renew and develop its services, paying attention to the clients' needs as well as the viewpoints of home care workers, processes and economy.</p>	
Key words: home care, client oriented approach, development of services	

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	2
ABSTRACT	3
SISÄLLYS	4
1 JOHDANTO	6
2 KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHTA JA TOIMINTAYMPÄRISTÖ	7
2.1 Katsaus kansainvälisen ja kansallisen tason ikääntymispolitiikka.....	7
2.2 Perustelut kehittämishankkeen valinnalle	16
2.3 Ylitornion kunta ja kunnan organisaatio	22
2.4 Kotihoito	31
2.5 Kotihoito Ylitorniolla.....	35
3 KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS	40
3.1 Kehittämishankkeen metodologiset valinnat ja toteutus.....	40
3.2 Asiakaslähtöinen Bikva-menetelmä.....	42
3.3 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	43
4 ASIAKASLÄHTÖISYYS VANHUSPALVELUISSA	46
4.1 Asiakaslähtöisyys hyvinvointipalveluissa.....	46
4.2 Ammatillinen osaaminen	47
4.3 Laatu kotihoidon palveluissa.....	51
4.4 Asiakas laadun kehittäjänä	53
4.5 Palvelu.....	55
5 KEHITTÄMISHANKKEEN TULOKSET	59
5.1 Bikva-mallin käytännön toteutus	59
5.2 Asiakaskyselyn tulokset	62
5.3 Kotihoidon työntekijöiden kyselyn ja haastattelun tulokset	70
5.4 Johdon ja luottamushenkilöiden haastattelun tulokset.....	75
5.5 Ehdotukset Ylitornion kotihoidon kehittämiseksi.....	81
6 POHDINTA JA ARVIOINTI	84
LÄHTEET	91
LIITTEET	99

Kuvioiluettelo

Kuvio 1. Ikääntymispolitiikan kokonaisuus.....	9
Kuvio 2. Ylitornion kunta, etäisyydet kirkonkylältä kylille ja kylien välillä	23
Kuvio 3. Ylitornion väestörakenne ja väestörakenteen kehitys vuodesta 2013 vuoteen 2040 (Tilastokeskus)	26
Kuvio 4. Yli 65-vuotiaiden määrän kehitys 2013–2040 (Tilastokeskus)	27
Kuvio 5. Huoltosuhteen kehitys 2015–2040, Ylitornio, Lappi, Koko maa (Tilastokeskus)	28
Kuvio 6 Ylitornion kunnan ja perusturvan organisaatiokaavio	30
Kuvio 7. Ylitornion kunnan vanhuspalvelujen kehitys, kattavuus ja tavoitetasot	37
Kuvio 8. Tutkimusprosessi	61
Kuvio 9. Vastaajaprofiili	62
Kuvio 10. Asiakkaiden kokemus terveydentilastaan	63
Kuvio 11. Käynnin syy asiakkaiden kokemana prosentuaalisena jakaumana (n 31)	63
Kuvio 12. Asiakkaiden kokemus elämänlaadustaan (n 31)	64
Kuvio 13. Palveluiden saanti ja koettu palvelujen lisätarve	66
Kuvio 14. Kotihoidon asiakkaiden mielipiteet työntekijöiden antamasta palvelusta	67
Kuvio 15. Työntekijöiden ajankäyttö.....	67
Kuvio 16. Asiakkaiden kokemus työntekijöiden ohjaus- ja neuvontataidoista	68
Kuvio 17. Kotihoidon tarvevastaavuus	69
Kuvio 18. Työntekijöiden mielipiteet antamastaan palvelusta	72
Kuvio 19. Työajan käyttö.....	73
Kuvio 20. Työntekijöiden kokemus ohjaus- ja neuvontataidoistaan	74
Kuvio 21. Vuorovaikutus- ja yhteistyötaidot	75
Kuvio 22 Bikva muutosmalli (Högnabba 2008; 53)	88

Taulukkuiluettelo

Taulukko 1. Ikääntyminen Suomessa 1950–2010, yhteiskunnallinen konteksti.	15
Taulukko 2. Ylitornio pähkinänkuoressa	25
Taulukko 3. Johdon haastattelujen tulokset	77
Taulukko 4. Luottamushenkilöiden haastattelun tulokset.....	79

1 JOHDANTO

Sosiaalialan käytäntöjen kansalais- ja aluelähtöinen kehittäminen – sosiaalialan koulutusohjelman sosionomi (ylempi AMK) – tutkintoon liittyvässä kehittämishankkeena toteutettavassa opinnäytetyössä kehitetään ylitorniolaisille ikääntyneille tarkoitettuja kotihoidon palveluja. Kokemukset vanhustyön esimiestehtävistä ovat osoittaneet Ylitornion kotihoidon kehittämistarpeet. Asiakkaan kotihoidon palveluja suunniteltaessa ja toteuttaessa poikkeavat eri tahojen näkemykset toisinaan asiakkaan tarpeista. Yksilöllinen palvelujen suunnittelu asiakkaan todelliset tarpeet huomioon ottaen on usein riittämätöntä.

Kehittämishankkeessa tarkastellaan, kuinka kunnan järjestämisvastuulla olevien kotihoidon palvelujen tuottaminen asiakaslähtöisemmin on mahdollista. Hankkeessa haastatellaan kotihoidon asiakkaita tarkoituksena selvittää heidän kokemuksiaan ja odotuksiaan palveluista. Kotihoidon työntekijöiden osaamista ja siinä mahdollisesti ilmeneviä kehittämistarpeita selvitetään kyselyllä ja ryhmähaastattelulla. Kotihoidon työntekijöiden ammatillinen osaaminen korostuu asiakkaiden tarpeiden kokonaisvaltaisessa huomioimisessa. Poliittisille päättäjille suunnatulla haastattelulla selvitetään heidän näkemystään Ylitornion kunnan kotihoidon palveluista ja valmiutta palvelujen uudistamiseen. Hankkeen tulosten perusteella tehtävien toimenpide-ehdotusten toivotaan edistävän kotihoidon palvelujen asiakaslähtöisempää suunnittelua ja resurssien optimaalista käyttöä.

Kehittämishankkeen pyrkimyksenä on tuoda ikääntyneen kuntalaisen ääni kuuluviin kotihoidon palvelujen kehittämisessä, kuulla heidän toiveitaan ja kehittämistarpeitaan kotona asumisen tukemisessa. Kotihoidon, kuten myös muiden vanhuspalvelujen kehittämisen eettisenä lähtökohtana, on hyvän elämän toteutuminen. Asiakaskyselyt ja sitä kautta saatu palaute auttavat kehittämään Ylitornion kunnan vanhuspalvelujen kotihoitoa.

2 KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHTA JA TOIMINTAYMPÄRISTÖ

2.1 Katsaus kansainvälisen ja kansallisen tason ikääntymispolitiikka

Ikääntymispolitiikka (vanhuspolitiikka) käsite on melko uusi. Sillä tarkoitetaan hyvinvointivaltiollisia toimintamuotoja.

”Vanhuspolitiikalla (ikäntymispolitiikalla) tarkoitetaan ikääntyneiden ihmisten tarpeitten tyydyttämistä, heidän asemansa ja osallisuutensa parantamiseen sekä heidän hyvinvointinsa edistämiseen suunnattuja tavoitteita, toimintalinjoja ja yksittäisiä toimia.”

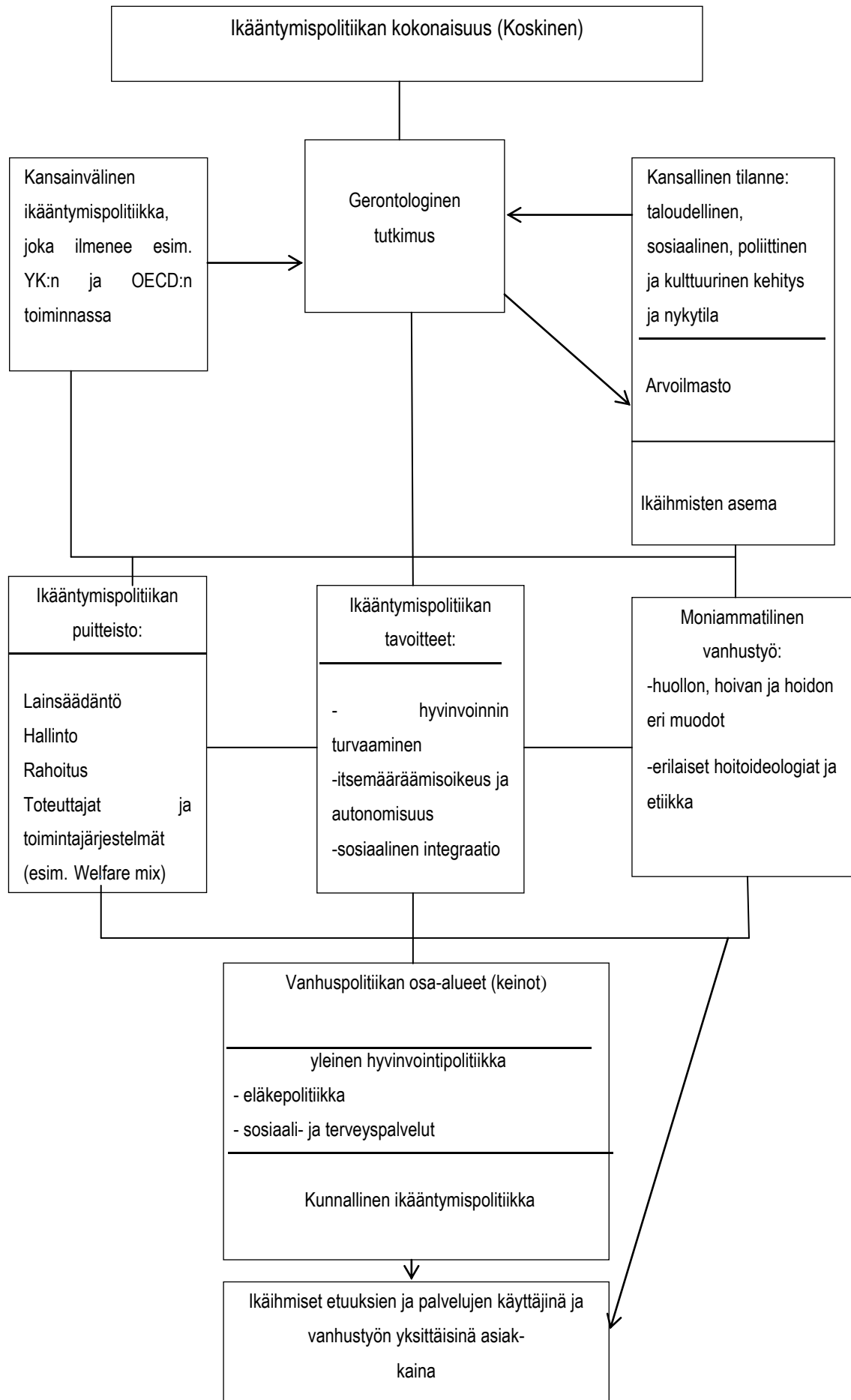
Suunnitelmallista ja tietoista ikääntymispolitiikkaa on alettu toteuttaa vasta 1980-luvulta alkaen. Sosiaalipolitiikan kehitys pitää sisällään myös ikääntymispolitiikan järjestelmien uudelleen muotoutumista sekä ikäihmisten asemassa tapahtuneita muutoksia. 1970-luvulla lanseerattiin vanhuspolitiikka-käsite (old age policy) ja sen rinnalle vanhustenhuolto-käsite (social welfare of the ageing). Ikääntymispolitiikan katsotaan sisältävän kaikki hyvinvointivaltion ikäihmisiin kohdistamat yhteiskunta- ja sosiaalipoliittiset toimenpiteet. Ikääntymispolitiikka sisältää myös muiden toimijoiden, kuten esimerkiksi yritysten, kirkon ja perheen toimintamuodot. Ikääntymispolitiikan kehitys ei ole sidoksissa ainoastaan Suomen, vaan myös Euroopan ja koko maailman talouden kehitykseen.

Maailman väkiluku kasvaa vuositasolla runsaalla prosentilla ja vuoteen 2050 mennessä väestön ennustetaan kasvavan noin 9 miljardiin. Syntyvyys ja kuolleisuus alenevat sananaikaisesti, jonka seurauksena väestön ikärakenne muuttuu maailmanlaajuisesti. Suurin osa maailman väestöstä elää maissa joissa syntyvyys alenee ja elinikä pitenee. Väestönkasvun painopiste on nykyisin Kiinassa ja Intiassa, mutta se tulee jakautumaan muutaman vuosikymmenen kuluttua tasaisemmin maapallolla. Väestö ikääntyy nykyisissä teollisuusmaissa nopeammin kuin muualla maailmassa. Globaali vanhushuoltosuhte nousee ja on vuonna 2050 likimain sama kuin Suomessa vuonna 2010, jossa vanhushuoltosuhte on 26,5. EU-maissa vanhushuoltosuhteen kasvavan vuoteen 2050 mennessä kaksinkertaiseksi (Laine & Sinko & Vihriälä 2009, 25–26).

Elämänkaarinäkökulma sekä kokonaisvaltaisuus muodostavat Euroopan Unionin ikääntymispolitiikan kehikon. Euroopan neuvoston ikääntymispolitiikka painottaa myönteistä vanhuskäsitystä, eikä vanhuutta automaattisesti tule pitää sairastamisen ja rappeutumisen aikana. Pidentynyttä elinikää pidetään ensisijaisesti myönteisen kehityksen merkinä. Neuvosto näkee ikääntyneet voimavarana ja ikääntyneiden aseman parantaminen edistää kansantalouden myönteistä kehitystä. Tulevaisuudessa tulee ikäpolvien välistä solidaarisuutta lisätä ja ikääntyneiden aseman näkyä enemmän talous-, sosiaali- ja perhe-elämässä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003).

Lähimpien vuosikymmenten aikana Suomen väestön ikääntyminen on nopeinta Euroopassa eliniän odotteen vuoksi nopeammin kuin on aikaisemmin ennustettu. Vanhushuoltosuhte, joka kuvaa 65 vuotta täyttäneiden suhdetta 15–64-vuotiaaseen väestöön, nousee vuoteen 2030 mennessä 46 prosenttiin (Laine ym. 2009, 27–35). Ikääntymispolitiikan keskeinen kysymys on kuinka paljon työssäkäyviä verotetaan tulosiirtojen ja palvelujen rahoittamiseksi. Päätökset esimerkiksi eläkemaksuista ja eläketasoista tehdään pitkäjänteisesti. Nämä päätökset vaikuttavat pitkään julkisen sektorin tuloihin ja menoihin. Yllättävät politiikkamuutokset vähentävät kansalaisten hyvinvointia monin tavoin. Ikääntymiseen liittyviä politiikkahaasteita ovat talouden kestävyys, sosiaalinen kestävyys sekä poliittinen kestävyys (Laine ym. 2009, 56–57).

Kuviossa 1 on hahmotettu ikääntymispolitiikan kokonaisuutta. Kansainvälinen ikääntymispolitiikka ilmenee esimerkiksi OECD:n ja YK:n toiminnassa. Kansallista ikääntymispolitiikkaa määrittävät taloudellinen, sosiaalinen, poliittinen ja kulttuurinen kehitys ja nykytila. Ikääntymispolitiikan tavoitteena on ikääntyneiden hyvinvoinnin turvaaminen, itsemääräämisoikeuden korostaminen ja ikääntyneiden sosiaalinen integraatio. Vanhuspolitiikan keinoina on yleinen hyvinvointipolitiikka eläkepoliittisilla ratkaisuilla ja tarpeenmukaisten sosiaali- ja terveystalvelujen turvaaminen.



Kuvio 1. Ikääntymispolitiikan kokonaisuus

Paikallinen ikääntymispolitiikka muotoutuu kunnan omista lähtökohdista; resursseista, arvotuksista ja tarpeista. Päämääriltään sen tulisi olla yhtenevää valtakunnallisen ikääntymispolitiikan kanssa. Kunnan ikääntymispolitiikan tulee olla yksityiskohtaisempaa ja siihen tulee sisällyttää julkisten, yksityisten, informaalisten palvelujen, järjestöjen ja kunnan eri hallintokuntien yhteistyön suhteiden järjestäminen (Kärnä 2000, 6-13; Koskinen: luennot 2010).

Suomessa ikääntyneiden oikeudet on määritelty epäsuorasti julkisen vallan velvollisuutena huolehtia, että tarvittavat palvelut ovat saatavilla. Suomen perustuslaki määrittelee yleisellä tasolla ikääntyneiden oikeuksista (Perustuslaki 731/1999). Perustuslaissa viitataan sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädäntöön, joissa kuntien velvollisuuksista on erityismääräykset (erikoissairaanhoitolaki, sosiaalihuoltolaki, terveydenhuoltolaki, vammaispalvelulaki). Lainsäädäntö edellyttää, että kunnat järjestävät yhdenvertaiset, riittävät ja tarvetta vastaavat sosiaali- ja terveystalvelut jokaiselle asukkaalle. Ikääntyneet kuntalaiset kuuluvat siis tämän järjestämisvastuun piiriin. Palvelujen tarpeen tulisi ohjata sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämistä. Tarpeet tulisi siis selvittää ja ennakoida, jotta niistä saatu tieto olisi pohjana sosiaali- ja terveystalvelujen suunnittelulle. Kansalaisten kannalta on tärkeää saada konkreettista tietoa kunnan tarjoamista palveluista subjektiivisten oikeuksien puuttuessa.

Tarve on monimerkityksinen käsite. Tarve voidaan käsittää erilaisista näkökohdista: yksilön kokemana, lääketieteellisen tai muun viranomaisen määrittelemänä, poliittisesti tai hallinnollisesti määriteltynä, piilevänä tai näkyvänä, tyydytettynä tai tyydyttämättömänä. Näkökulman lähtökohta vaikuttaa tarpeen suuruuteen ja sisältöön. Palvelujen tarjonta on kytköksessä siihen miten ja missä tarpeet on määritelty. Usein erotetaan toisistaan tarve ja halu. Tätä erottelua käytetään varsinkin silloin, kun tarpeen määrittely eroaa ammattihenkilön ja yksilön välillä. Eri osapuolilla voi olla erilainen näkemys esimerkiksi hoivapalvelujen muodosta; selviytyykö ikääntynyt kotiin annettavilla palveluilla vai tarvitseeko hän ympärivuorokautista hoivaa (Lehto 2002, 57–58).

Hallitusohjelmaan kirjattu laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista niin kutsuttu ikälaki tulee voimaan 1.7.2013.

Siinä korostetaan ikääntyneen kansalaisen osallisuutta ja toimijuutta omien palvelujen suhteen.

”Lain tarkoituksena:

- 1. on tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista;*
- 2. parantaa ikääntyneen väestön mahdollisuutta osallistua elinoloihinsa vaikuttavien päätösten valmisteluun ja tarvitsemiensa palvelujen kehittämiseen kunnassa;*
- 3. parantaa iäkkään henkilön mahdollisuutta saada laadukkaita sosiaali- ja terveyspalveluja sekä ohjausta muiden tarjolla olevien palvelujen käyttöön yksilöllisten tarpeittensa mukaisesti ja riittävän ajoissa silloin, kun hänen heikentynyt toimintakykynsä sitä edellyttää; sekä*
- 4. vahvistaa iäkkään henkilön mahdollisuutta vaikuttaa hänelle järjestettävien sosiaali- ja terveyspalvelujen sisältöön ja toteuttamistapaan sekä osaltaan päättää niitä koskevista valinnoista.”*

(Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/28.12.2012).

Ikälakia on valmisteltu jo vuosia. Sen sisältö on kuitenkin kiistelty. Keskustelua on käyty sen tarpeellisuudesta. Vanhustyön ammattihenkilöstön keskuudessa on myös erilaisia käsityksiä lain tarpeellisuudesta. Osa näkee, että voimassaoleva lainsäädäntö takaa koko väestölle heidän tarvitsemansa palvelut, mikäli kunnat noudattavat lakia ja suosituksia ja järjestävät tarvetta vastaavat palvelut. Normiohjausta ei siis tarvittaisi. Toinen näkemys on, että normiohjausta tarvitaan, koska velvoitteet ovat pääosin suosituksia. Lasten päivähoitolaki nähdään vanhustyön ammattihenkilöiden mielestä esimerkillisenä lakina, koska se määrittelee tarkasti myös henkilöstöresurssien määrän. Heinäkuussa 2013 voimantulevassa ikälaissa ei vastaavaa velvoitetta ole. Ikälaki jättää kuntien harkintaan henkilöstöresurssien määrästä päättämisen. Ikääntyneiden kansalaisten näkökulmasta ikälaki vahvistaa ikääntyneen henkilön oikeuksia vaikuttaa elinolojensa ja palvelujensa suunnitteluun. Kuinka kunnat pystyvät vastaamaan tähän jää nähtäväksi. Kuntaliitto on laskelmissaan arvioinut kustannukset kunnille suuriksi lähinnä kalliiden ostopalvelujen lisääntymisestä, että lisähenkilöstön palkkaamisesta johtuen (Kuntaliitto, ikälaki, Tiedotustilaisuus ikälaista 27.11.2012 Oulu).

Suomessa kunnat ovat kantaneet hyvinvointivaltiollisessa järjestelmässä päävastuun hyvinvointipalvelujen tuottamisesta ja järjestämisestä. 1980-luvun lopulla suomalaiset kunnat ovat kyenneet tuottamaan hyvinvointipalvelut julkisella sektorilla kansalaisille melko yhdenvertaisesti. Yhdenvertaisuuden toteutumista edesauttoi kuntien valtiolta saama rahoitus, joka kattoi noin 48 prosenttia sosiaalipalvelumenoista. (Kröger 1996, 73). 1990-luvun taloudellinen lama pakotti kuitenkin kuntia leikkaamaan hyvinvointipalvelujen määrärahoja, mikä johti siihen, että osalla kunnista on ollut merkittäviä ongelmia rahoittaa palveluja ja lähes ainoaksi keinoksi on ollut tuottaa entistä enemmän palveluja olemassa olevalla henkilökunnalla. Useimmissa kunnissa lasten, vammaisten ja vanhusten palvelut oli kuitenkin talouslamavuosina priorisoitu tärkeimmiksi (Kröger 1996, 79–80).

Kunnat hoitavat noin kaksi kolmasosaa julkisen sektorin tehtävistä. Tehtävät ovat kaikille kunnille yhteneväisiä huolimatta siitä, että kunnat ovat erikokoisia ja väestörakenteeltaan hyvin erilaisia. Väestöltään pienet kunnat eivät selviydy tällä hetkelläkään kuin pienestä osasta tehtäviä omin voimin ja alueeltaan suuret kunnat eivät kykene tuottamaan kuntalaisten palveluja yhdenvertaisesti. Kuntia ja hyvinvointipalveluja tarvitaan jatkossakin, joten uudistuksia kuntien tilanteeseen tarvitaan. Väestön ikääntyminen lisää palveluntarvetta. Sen lisäksi globaalin talouden mukana tuoma kilpailu, siihen liittyvä alueellinen ja sosiaalinen eriarvoisuuskehitys luovat uusia vaatimuksia palvelujen tuottamiselle. Kuntien peruspalvelujen tuotannon ja rahoituksen muodostama kokonaisuus tulee olemaan suomalaisten kuntien kohtalonkysymyksinä (Kärnä 2009, 47–48).

Taulukossa 1 kuvataan suomalaisen yhteiskunnan rakenteita, jotka ovat olleet kuluneiden vuosikymmenten aikana jatkuvassa liikkeessä. Rakenteisiin ovat vaikuttaneet yhteiskunnan ulkopuoliset tekijät ja kansainväliset tekijät, sekä kansalaisten ominaisuuksissa kuten iässä ja käyttäytymisessä tapahtuneet muutokset (Kainulainen 1998, 43). Yhteiskunnan keskeisissä toiminnoissa tapahtuu suuria muutoksia, jolloin voidaan puhua yhteiskunnallisesta murroksesta, josta voidaan esimerkkinä mainita 1990-luvun talouslama voimakkaine seurauksineen. Väestön ikääntyminen on myös ollut liikkeessä, sen liike on kasvava ja siihen on kiinnitetty vuosikymmenten kuluessa yhä enemmän huomiota.

Taulukossa 1 esitetään makrotasoisia rakennemuutoksia vuodesta 1950 lukien, sekä suomalaista yhteiskuntaa väestön ikääntymisen kontekstina ja ympäristönä. Siinä kuvataan myös kulttuurista arvomaailmaa, sekä vanhuskäsitystä ja ikäpolitiikkaa. Suomessa 65 vuotta täyttäneiden määrä väestöstä saavutti 7 prosentin rajan 1950, jonka jälkeen vanhat ihmiset alettiin nähdä omana väestöryhmänä. Tällä vanhuskäsityksellä oli merkitystä yhteiskunnan toiminnan kannalta (Pohjolainen 1990, 20). 1950-luvulta 1970-luvun puoliväliin talouskasvu oli korkea, mikä mahdollisti yleisen elintason kohoamisen. Se loi perustan toimeentulo- ja sosiaalipalvelujärjestelmän laajentamiselle. 1960-luvulla säädettiin ansioeläkelait ja turvattiin eläkeikäisten taloudellinen toimeentulo. 1970-luvulla kotipalvelut tukipalveluineen alkoivat kehittyä (Koskinen 1990, 121–139). Vuonna 1966 säädettiin laki kunnallisesta kodinhoitoavusta, jota voidaan kutsua ensimmäiseksi sosiaalipalvelulaksi. 1970-luvulla kotipalvelut tukipalveluineen alkoivat kehittyä nopeasti (Kröger 1996, 66–67).

1960–1970-lukujen sosiaalipoliittinen tavoite oli ikäihmisten integrointi osaksi yhteiskuntaa. Suomea voi kuvata 1980-luvulta lähtien palveluyhteiskunnaksi, jolloin siirryttiin teollisesta yhteiskunnasta jälkiteolliseen yhteiskuntaan. Vuonna 1984 säädettiin sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelu- ja valtiosuusjärjestelmä (Valtava), jonka yhtenä tarkoituksena oli vanhusväestön palvelujen parantaminen. 1990-luvulla gerontologisen tiedon lisääntyessä vanhuus alettiin nähdä osana normaalia elämäntapaa ja vanhusväestö heterogeenisena (Vaarama 2004, 170–173).

2000-luvulla suurten ikäluokkien vanheneminen kiihdyttää vanhusväestön osuuden kasvua. Suositukset ikääntyneiden palvelujen järjestämiseksi esitetään Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto julkaisivat ensimmäinen laatusuosituksen vuonna 2001. Uudistettu laatusuositus tuli voimaan vuonna 2008.

Ikääntyneen väestönosan kasvu edellyttää väistämättä erilaisia toimia tarkastella ikääntyneille tarjolla olevien palvelujen rakenteita. Palvelurakenteita tulee tarkastella koko palveluketjun alueella, sillä mitään palvelua ei voida kehittää muista palveluista erillään. Palvelurakenne muutoksen lisäksi on kehitettävä myös toimintojen sisältöä

sekä henkilöstön osaamista (Muurinen & Nenonen & Wilskman & Agge 2010, 156–157).

Palvelurakenteiden uudistamiseen ja asiakkaiden osallisuuden lisäämiseen tähtää Sosiaali- ja terveydenhuollon valtiosuudesta annettu laki (733/1992). Valtioneuvosto vahvistaa tämän sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste) joka neljäs vuosi. Ohjelman tarkoituksena on luoda, arvioida, levittää ja juurruttaa uusia käytäntöjä. Kaste-ohjelman tavoitteena on eriarvoisuuden vähentäminen ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ja rakenteiden järjestäminen taloudellisesti kestäväällä tavalla ja asiakaslähtöisesti. Kaste-ohjelma nivoo yhteen hallitusohjelman, sosiaali- ja terveysministeriön strategian mukainen säädös- resurssi ja vuorovaikutusohjaus. Ohjelma on Sosiaali- ja terveydenhuollon pääohjelma (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2012, 4).

Kaste-ohjelmassa (vuosille 2012–2015) ikääntyneiden kansalaisten hyvinvoinnin parantamisen painopistealueiksi on asetettu toimintakyvyn ylläpitäminen yhteistyössä eri toimijoiden kanssa, riskiryhmiin kuuluvien tunnistaminen, neuvontapalvelujen ja palvelutarpeen arvioinnin kehittäminen, monipuolisten kotiin annettavien palvelujen ja kuntoutuksen kehittäminen. Tärkeänä pidetään myös kotiin annettavien palvelujen yksilöllistä räätälöimistä asiakkaiden tarpeet huomioiden. Palvelujen pirstaleisuutta vähentämään tarvitaan joustavia ja toimivia palveluketjuja.

Laitoshoidon ja laitospäivähoitoa pitkäaikaishoidon vähentämiseksi Kaste-ohjelmassa painotetaan uudenlaisia asumispalveluja, joihin palvelut on yhdistetty. Erityistä huomiota ohjelmassa kiinnitetään toimenpiteisiin, jotka pyrkivät vähentämään ikäihmisten yksinäisyyttä, erityistä huomiota tulee kiinnittää myös ravitsemustilaan, monilääkityksen säännölliseen tarkistamiseen sekä mielenterveys- ja päihdeongelmiin. Palvelujen pirstaleisuutta Ikääntyneiden parissa työskentelevien osaamisen kehittämiseksi painotetaan gerontologisen ja ihmissuhde- ja yhteistyöosaamisen vahvistamista.

Koko sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään vaikuttaa olennaisesti kunta- ja palvelurakenteen uudistaminen. Uudistuksen tavoitteena ovat entistä laajemmat palvelujen järjestämisen väestöpohjat (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen

kehittämisohjelma 2012, 14–15). Laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta (169/2007) tähtää elinvoimaisempien, toimintakykyisempien ja eheämpien kuntarakenteiden syntyyn. Lisäksi lain tavoitteena on varmistaa koko maassa laadukkaat ja asiakkaiden saatavilla olevat palvelut (Laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta 169/2007 1:1 §). Uusi terveydenhuoltolaki (1326/2010) ja valmisteilla oleva sosiaalihuoltolain uudistus ovat osa kunta- ja palvelurakenneuudistusta.

Taulukko 1. Ikääntyminen Suomessa 1950–2010, yhteiskunnallinen konteksti.

Ajanjakso	Kulttuurinen arvomaailma	65-v. väestön %- osuus	Vanhuskäsitys	Vanhus- ja ikäpolitiikka
1950-luku	Usko tulevaisuuteen, sodan jälkeinen aika	7 %	65 vuotta täyttäneet yhdenmukainen väestöryhmä; alttiita sairastumiselle, työkyvyttömiä, osittain köyhiä	Kansaneläke- ja huoltoapulaki, Pitkäaikaishoitoa tarvitsevat kunnalliskodissa ja niiden sairaosastolla; järjestöjen kotiapu ja neuvolatoiminta
1960-luku	Muuttoliike maassa ja maasta, paremman etsintää	7 %	Ikäihmiset pienituloisia, menneisyyteen suuntautuvia, pienituloisia, eristäytyneitä, vähitellen käsitys 65-vuotiaista muuttuu; heterogeeninen ryhmä	Sairausvakuutuslaki ja ansioeläkelait, laitoshoidon kehittyvissä kunnalliskodeissa; kotiapuvuorotoiminta ja terveyskeskusten kotikäynnit
1970-luku	Luottamus elintason nousuun ja jatkuvaan talouskasvuun "öljykriisi" hidasti kasvua, tiedostettiin ongelmat elämänlaadussa	9 %	Vanhuskäsityksissä polarisoitumista myönteisiin ja kielteisiin piirteisiin. Ikäihmiset alettiin nähdä osallistujina.	Kansanterveyslaki; vanhusten pitkäaikaishoito siirtyi terveyskeskuksiin, kehitettiin sosiaalipalveluja.
1980 -luku	Usko hyvinvointivaltioon ja talouskasvuun, sekä talouden "ylikuumeneminen"	12 %	Käsitys vanhusten heterogeenisyydestä; yli 75-vuotiaiden nähtiin tarvitsevan vanhusten palveluja. Vahva vanheneminen.	Sosiaalilakiuudistus (Valtava), kunnalliset vanhainkodit valtion rahoituksen piiriin; avo- ja laitospalvelujen kehittäminen. Varhaiseläkelait.
1990-luku	Talouselämä, talouden nousu ja "eurooppalaistuminen".	13 %	Vanheneminen yksilöllistä ja kronologisen iän merkitys hämärtyi; vanhenemismuutoksen ehkäisyn mahdollisuus.	Eläkkeiden ja palveluiden muutokset. Palvelurakenne-projekti avopalveluiden lisäämiseksi. Valtionosuusuudistus. Monituottajamalli eli Welfare mix – käsite
2000-luku	Talouden korkeasuhdanne, väestön ikääntymisen seurauksiin varautuminen. Valtion	15 %	Kolmas ja neljäs ikä, ikääntyvien voimavarat ja vanhuuden moninaisuus; sosiokulttuurinen	Valtioneuvoston tulevaisuusselonteko, työeläkelain uudistus, kunta- ja palvelurakenneuudistuksen

	ja kuntien strategiset linjaukset; ikääntyneiden kotona asumisen mahdollistaminen		vanhuskäsitys.	käynnistyminen, ehkäisevä toiminta ja hyvinvoinnin edistäminen. Ikäihmisten palvelujen laatusuositukset
2010 -luku	Taloudellinen epävarmuus, globaalin talouden uhka, kunnallisen kehittämistyön vahvistaminen.	17,5 %	Moderni vanhuskäsitys; ikääntyminen normaali elämänvaihe, ikääntyneet käyttävät samoja palveluja kuin muutkin väestöryhmät, ikäihminen aktiivi oman elämänsä subjekti.	Kaste-ohjelma; kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelma Terveystieteiden laitos Ikälaki Sosiaalihuoltolain uudistus Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneuudistus

Lähteet; SotkaNet, Koskinen, luento 2009, Kärnä 2009

2.2 Perustelut kehittämishankkeen valinnalle

Kehittämishankkeessa selvitetään kotihoidon asiakkaille tarjolla olevien palvelujen tarpeellisuutta, riittävyyttä ja laatua, sekä sitä, mitä palveluja asiakkaat tarvitsevat selviytyäkseen kotona. Kehittämistehtävän tarkoituksena on selvittää Ylitornion kunnan kotihoidon asiakaslähtöisyyden toteutumista. Sen selvittämiseksi tarkastellaan kotihoidon ydintehtäviä ja kotihoidon työntekijöiden kykyä vastata asiakkaiden palvelutarpeisiin. Tavoitteena on luoda uudenlainen tapa tuottaa ikäihmisten kotihoitoa, jossa asiakkaiden tarpeet tulevat tyydytettyä niin, että kotona asumista voidaan tukea tarvittaessa kuolemaan saakka.

Saatua palautetta käytetään kotihoidon palvelujen kehittämisessä. Asiakaspalautteen keräämisen tarkoituksena on parantaa asiakkaan saamien palvelujen laatua. Asiakkaiden tyytyväisyys on tärkeä palveluja kehitettäessä, mutta palveluntuottajan on välttämätöntä kiinnittää huomiota myös toiminnan tehokkuuteen. Tämä tarkoittaa tuottavuuden ja tehokkuuden välistä tarkastelua. Tuottavuutta ja tehokkuutta julkisella sektorilla karsastetaan, koska tuottavuutta on perinteisesti mitattu pelkkinä suoritteina ja tehokkuutta työsuorituksen nopeutena. Tuottavuus tulisi kuitenkin nähdä sisällön mittaamisen kannalta ja tehokkuus prosessien johtamisen sekä toiminnan ongelmakohtien löytämisen näkökulmasta. Tarkoituksena on, että löydetään sellaisia toimintamalleja, että ne parantavat asiakkaiden palveluja ja ovat myös kustannustehokkaita (Mäkinen & Valve & Pekkarinen & Mäkelä 2006, 7).

Ylitornio on laaja kunta, joka kuuluu Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiriin. Ylitornio ja Pello muodostavat yhdessä Tornionlaakson seutukunnan, joka on väestöpohjaltansa Suomen pienimpiä. Kehittämishanke toteutetaan kunnan tasolla, mutta huomiotta ei voida jättää sitä tosiasiaa, että Ylitornio kunta osa maailmaa, EU:ta, Lapin maakuntaa ja Tornionlaakson seutukuntaa. Vaikka kunnat lainsäädännön mukaan voivat itsenäisesti päättää palveluistaan, ei ympäröivän maailman kehityssuunta voi olla vaikuttamatta kuntien päätöksentekoon ja tarjottaviin palveluihin.

Taloudellinen epävarmuus Euroopassa ja koko maailmassa heijastuu myös kuntien talouteen ja sitä kautta tarjolla oleviin palveluihin. Tilanne Euroopan unionin taloudessa vaikuttaa epävakalta, mikä näkyy levottomuuksina kansalaisten keskuudessa. Yhteiskuntarauha on monissa maissa järkkynyt ja kansalaisten turvallisuudentunne ja luottamus valtaapitäviin on heikentynyt. Kansallisvaltiot ovat monelta osin hätää kärsimässä, vanhan ja uuden risteyksessä. Pohjoismainen hyvinvointivaltio on joutunut ahtaalle ja on jatkossa yhä suurempien haasteiden edessä kansalaisten hyvinvoinnin turvaamisessa.

Varautuminen väestön ikääntymisestä johtuviin julkisten menojen kasvuun asettaa lähivuosina kovat vaatimukset julkisen talouden hoidolle. Varauduttaessa ikääntymisestä aiheutuvien julkisten menojen kasvuun, on tarkasteltava kaikkia julkisia menoja, ei pelkästään ikääntyville suunnattuja tulonsiirtoja ja palveluja. Sosiaalimenojen kasvu johtuu ennen kaikkea työeläkemenojen kasvusta sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeen kasvusta. Nykyisen tasoiset hoivapalvelut voidaan rahoittaa, mikäli väestö- ja talouskehitys eivät huonone merkittävästi (Luoma & Rättyä & Moisio & Parkkinen & Vaarama & Mäkinen 2003, 11–17). Suomalaisessa eläkejärjestelmässä tapahtui 14.4.2013 Yleisradion uutisten mukaan historiallinen käänne, jolloin työntekijöiltä ja työnantajilta kerättävät eläkemaksut eivät enää kata eläkeläisille maksettavia eläkkeitä. Eläkejärjestelmä on yhä enemmän sijoitustuottojen varassa (Yleisradio, uutiset 14.4.2013).

Kansalaisten osallisuutta palvelujen suunnitteluun ja arviointiin on painotettu viime vuosina monilla areenoilla. Viranomaisilla on tiedottamisvelvollisuus palveluista ja meneillään olevista tapahtumista, sekä niiden lopputuloksista. Tanska on ollut edelläkävijä ja suunnannäyttäjä ikääntyneiden kansalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien lisäämisessä. Tanskan sosiaaliministeriö on vuonna 1998 määrännyt, että kuntien on vuosittain tiedotettava kuntalaisille, mitä palveluja he tarjoavat, ja mitkä ovat kunnan tavoitteet. Palvelujen sisältö ja tavoitteet ovat sitovia (Vaarama 2001, 45).

Suomessa kunnat tiedottavat ikäihmisten palveluista ja niiden tavoitteista vuosittain taloussuunnitelmassaan. Ikäihmisten strategioihin on kirjattu myös kunnan poliittinen tahto sekä palvelujen suuntaviivat. Kansalaisten vaikuttamismahdollisuudet palvelujen suunnitteluun ovat vähäisiä. Strategiat ovat julkisen päätöksenteon hyväksymiä näkemyksiä, joissa toimijatasen arkitodellisuus on vain osittain kirjattuna. Kuntien strategioissa näkyy taloudellisten, sosiaalisten ja kulttuuristen rakenteiden ”jäädäyttäminen”, mikä johtaa toimintaympäristön elinvoiman lamaantumiseen. Olisi pyrittävä nopeuttamaan uusia mahdollisuuksia vastata kansalaisten tarpeisiin. Erilaisten kuntien tilanteet, kuntalaisten hyvinvointi ja sosiaalinen turvallisuus eivät enää ole kuntarajojen sisällä, erilaisten hallinnollisten rajojen sisällä, vaan sosiaalis-taloudelliset tilanteet ja hyvinvointi paikallistuvat, mutta myös globalisoituvat entisestään. Alueellinen erilaistuminen ja hyvinvointierot edellyttävät kunnilta ja maakunnilta pitkäkestoisia toimintaohjelmia, joilla voidaan löytää keinoja ratkaisuja eriytyviin sosiaalisiin haasteisiin (Kinnunen 2003, 65–72).

Kansalaislähtöisyyttä ei voi irrottaa aluelähtöisyydestä. Kansalaisen tarpeisiin vastaaminen kuntapalveluilla on asetettava siihen kontekstiin, jossa elämme, ja jonka osa olemme. Ikääntyvät kansalaiset eivät ole homogeeninen joukko, vaan joukko erilaisia ihmisiä erilaisine tarpeineen. Kuntien eri hallintokuntien tarjoamat palvelut tulee rakentaa niin, että kaikilla kuntalaisilla on mahdollisuus osallistua niiden suunnitteluun ja käyttöön. Niiden rinnalle tulee luoda palvelut, joita tarvitsevat erityistä tukea tarvitsevat kuntalaiset ja joiden palvelutarpeisiin ei voida vastata tavanomaisilla palveluilla. Ennakoivat palvelut tulisi nähdä kaiken palvelutarjonnan lähtökohtana. Tukea antavat palvelut tulee räätälöidä kuntalaisen tarpeista lähtien, häntä ja /tai läheisiä

kuullen. Voimavarat palvelutarjonnassa tulee suunnata ennakointiin ja hyvinvoinnin lisäämiseen kuntalaisten tarpeiden mukaisesti. Hoivalupaus on liitetty ikälakiin, mikä haastaa vastuussa olevat kunnat muutokseen sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteissa.

Jatkuva ja todellinen vuoropuhelu palvelujen suunnittelussa ja arvioinnissa kansalaisten ja palveluja suunnittelevien ja toteuttavien tahojen välillä on edellytyksenä sille, että saavutetaan oikea-aikaisia, laadukkaita, tarpeellisia ja taloudellisesti kestäviä palveluja. Tiedottaminen palveluista, niiden kustannuksista, kriteereistä, määristä ja vaihtoehtoista on tulevaisuudessa yhä tärkeämpää (Vaarama & Luomahaara & Peiponen & Voutilainen 2001, 45–47).

Kehittämistehtävän tarpeellisuus on syntynyt arkipäivän tilanteista. Ylitornion kotihoidon mahdollisuudet vastata lisääntyviin palvelutarpeisiin ovat varsinkin viimeisten vuosien aikana heikentyneet. Runsaasti apua tarvitsevien asiakkaiden määrä on lisääntynyt, mikä tarkoittaa lukumääräisesti päivittäisten kotikäyntien lisääntymistä asiakasta kohden. Kotihoidon palvelutarjonta, joka Ylitorniolla on käytettävissä, on rakennettu viranhaltijälähtöisesti taloudelliset reunaehdot huomioiden. Palvelua tarvitsevien määrän lisääntyessä on arvioitava erityistä sitä, keille palvelua tarjotaan, missä vaiheessa palvelua tarjotaan ja millaista palvelu on. Vuoropuhelu palveluja käyttävien, heidän läheistensä ja viranhaltijoiden välillä on välttämätöntä. Välttämätöntä on myös tarkastella kuntien, yksityisen sektorin sekä kolmannen sektorin yhteistoiminnan mahdollisuuksia ikäihmisten kotona asumista tukevien palvelujen kehittämisessä.

Ylitornion kunnan väestö ikääntyy Suomessa ja Lapin maakunnassa nopeinta vauhtia ja palvelujen tarpeen ennakointi on tärkeää. Tämän päivän päätökset ovat tärkeitä, sillä ne kantavat hedelmää huomenna. Tulevaisuutta ajatellen on tehtävä kaikki voitava ongelmien ehkäisemiseksi, iäkkäiden toimintakyvyn tukemiseksi, jotta hyvä elämänlaatu myös ikääntyneille voidaan taata. Hoidon ja palvelun asiakaslähtöisyys on asetettava kehittämistyön avainkohteeksi. Demokratiassa päätökset tehdään yhdessä niin, että myös kansalaiset osallistuvat niihin, koska muut ratkaisut eivät ole kestäviä (Vaarama, Marja luennot 15.9.2008).

Kotihoidon palvelut Ylitorniollla ovat alueellisessa kustannusvertailussa keskitasoa ja asettuvat valtakunnallisestikin keskitasoon. Paikkakunnan poliittisessa päätöksenteossa sosiaali- ja terveystalvet on haluttu tarjota alueellisesti tasa-arvoisesti. Kuntakeskuksen lisäksi on Meltosjärvellä terveystasema. Taloudellinen lama ja ikärakenteen muuttuminen ovat vähentäneet kaikkien sivukylien, myös Meltosjärven alueen palveluja (kauppa, posti, pankki) ja näin vaikuttaneet myös kunnallisen palvelutuotannon sisältöön. Julkisten liikenneyhteyksien lähes täydellinen puuttuminen aiheuttaa suuria haasteita sivukylien asukkaille ja varsinkin ikäihmisille, joilla ei ole omaa autoa käytettävissä. Kuljetuspalvelutarve on lisääntynyt moninkertaisesti viime vuosien aikana. Markkinaehtoiset palvelut eivät ole kiinnostuneita syrjäseutujen harvalukuisesta ja usein vähävaraisesta ikääntyvästä väestöstä. Kunnan kotihoidon palvelut tuottavat laaja-alaisesti ikäihmisille kotiin järjestettäviä palveluja.

Tutkimusten mukaan ikäihmiset kokevat tämän päivän Suomessa yksinäisyyttä, turvattomuutta sekä pelkoa sosiaali- ja terveystalvetjen leikkauksista. Pelkoa koetaan siitä, ettei apua saa riittävästi silloin, kun apua tarvitsee. Tämän ongelman ratkaisemiseen tarvitaan julkisia palveluja, mutta myös vapaaehtoistyötä sekä lähimmäistyötä. Omaisten ja läheisten vastuun lisääntymisestä on puhuttu, mutta pitkäaikaisen hoivan järjestäminen omaisten toimesta on usein käytännön syistä rajallista. Tutkimusten mukaan ikäihmiset haluavat pitkäaikaista apua mieluummin julkiselta sektorilta kuin omaisilta (Forss & Karjalainen & Tuominen 1995, 8).

Kotihoidon asiakkaat ovat pääosin yli 75-vuotiaita, joilla on erilaista toimintakyvyn vajausta: fyysisiä sairauksia, alkoholiongelmia, psyykkisiä sairauksia, turvattomuutta ja yksinäisyyttä. Erilaisia muistisairauksia sairastavat asiakkaat ovat lisääntyneet ja asettavat suurimmat haasteet nykymuotoiselle kotihoidolle. Teknologiset valvonta- ja hälytysjärjestelmät ovat tuoneet hieman helpotusta muistisairaiden arjen turvallisuuteen. Omissa kodeissa asuu kuitenkin yhä enenevässä määrin muistisairaita ikäihmisiä, joiden turvallisuus on kotihoidon keinoin vaikea turvata. Monissa tapauksissa joudutaan eettisesti vaikeisiin tilanteisiin, varsinkin silloin kun muistisairas ikäihminen ei halua muuttaa pois kodistaan, vaikka huolta selviytymisestä on omaisilla, muilla läheisillä sekä kotihoidon henkilökunnalla. Missä kulkee itsemääräämisoikeuden raja?

Ikäihmisten yhteisöasuminen on suhteellisen uusi ilmiö Suomessa, mutta maailmalla on esimerkkejä yhteisöasumisen hyödyistä ikäihmisille. Arizonassa USA:ssa on yhteisö, jossa ikäihmisille on tarjolla asumista ja palveluja, joista he voivat valita tarvitsemansa. Heidän ei tarvitse muuttaa, vaan palvelut tarjotaan kuolemaan asti samassa yhteisössä (Katz & Mchugh 2010, 271–272). Suomessa on Espoossa suunnitteilla keskus, jossa ikäihmisen palvelut on järjestetty niin, ettei hänen tarvitse muuttaa toimintakyvyn heikentyessä asunnostaan. Ajatuksena mallissa on, että palvelut liikkuvat, ei asiakas.

Yksinäisyys ja turvattomuus ovat usein näkyvissä kotihoidon asiakkaiden arjessa. Toimintakykymittarit, joita kotihoidossa käytetään, eivät anna tietoa tästä ongelmasta. Kokemuksena yksinäisyys ja turvattomuus heikentävät ihmisen toimintakykyä niin, etteivät voimavarat riitä arkiaskareiden suorittamiseen. Yksinäisyyttä ja turvattomuutta kokevat ovat usein ”hautautuneet” koteihinsa tai ovat sosiaali- ja terveydenhuollon suurkuluttajia. He ovat usein niitä, jotka hakevat sosiaalisia kontakteja palvelurakenteen eri toimijoilta. Heidän palvelutarpeeseensa vastaaminen on yksi iso haaste palvelurakenteelle. Kotihoito ei juuri pysty vastaamaan heidän tarpeisiinsa, joten yhteisöasumisesta on tullut uusi palvelumuoto kotihoidon ja tehostetun palveluasumisen välimaastoon.

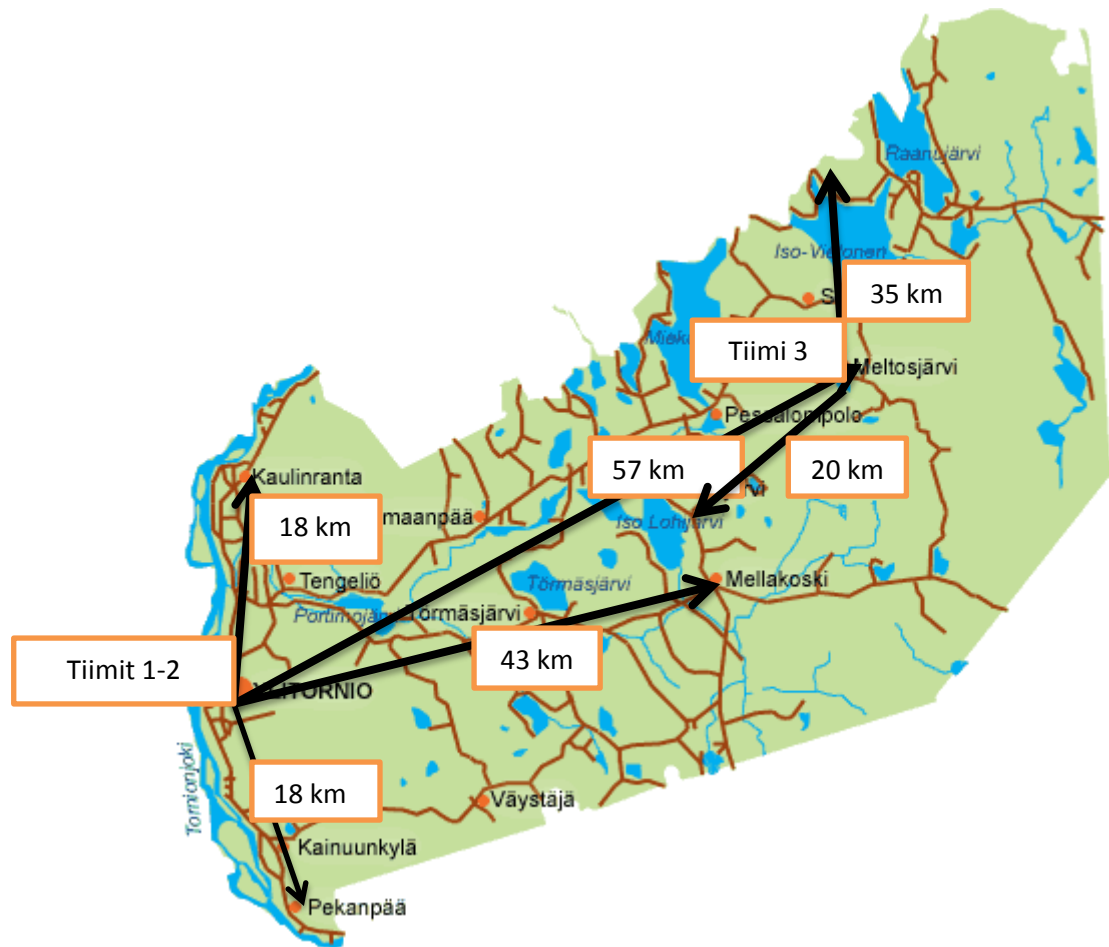
Yhteisöasumista voidaan toteuttaa pienissä maaseutukunnissa melko keveillä rakenteilla. Ylitornion kunnassa on yhteisöasumista kokeiltu parin vuoden ajan ja kokemukset ovat olleet pääosin myönteisiä. Yksinäisyyden ja turvattomuuden tunne on vähentynyt kun kaksi ihmistä on muuttanut yhteiseen talouteen. Yhteisöasumismuoto on yksi räätälöidyn palvelun tuote, joka on tuonut valinnanvapautta muutoin melko kankeaan palveluvalikoimaan. Yhteisöasuminen toimii parhaimmillaan voimavaralähtöisesti ja myös ekologisesti; yhteisöasumisessa tuetaan tarvittaessa yhteisön jäseniä ja asukkaat avustavat toisiaan niissä asioissa, joissa kukin tukea tarvitsee.

2.3 Ylitornion kunta ja kunnan organisaatio

Ylitornion kunta sijaitsee napapiirillä Länsi-Lapissa. Rajanaapureita ovat Ruotsin Övertorneå, Suomen puolella Rovaniemi, Tornio, Pello ja Tervola. Ylitornion ja Ruotsin Övertorneån kuntakeskukset muodostavat yhdessä Tornionlaakson kaupunkitasoisen palvelukeskuksen. Ylitornio kuuluu Lapin maakuntaan. Lapin maakunta on pinta-alaltaan 100 369 km² ja väestöä 183 330 (Tilastokeskus). Lapin maakunta on koko Suomen maapinta-alasta 25,7 prosenttia. Ylitornio ja Pello muodostavat Tornionlaakson seutukunnan. Lähimpään kaupunkikeskukseen, Tornioon on matkaa 67 kilometriä ja Rovaniemelle 110 kilometriä.

Ylitornion pitäjä erotettiin Tornion pitäjästä vuonna 1482, jolloin sen nimenä oli Särkilax. Pitäjästä alettiin käyttää nimeä Ylitornio vuonna 1620. Alun perin Ylitornion pitäjä sijaitsi Torniojoen molemmilla puolilla ja se jaettiin vuonna 1809 Haminan rauhassa, jolloin Ruotsi luovutti venäjälle Ylitornion pitäjän itäosan ja rajaksi tuli Tornionjoki. Vuonna 1950 kunnassa oli asukkaita yli 10 000. Kanssakäyminen rajan molemmin puolin on perinteisesti vilkasta ja Ruotsin puolella asuvat ikäihmiset puhuvat vielä vanhaa meänkieltä, eli Tornionlaakson suomea.

Ylitornion kunta on laaja ja etäisyydet kyliltä kirkonkylälle muodostuvat kunnan äärialueilta pitkiksi (Kuvio 2). Kunnan kaukaisin kylän osa, Raanujärven kylään kuuluva Jolanki, sijaitsee 90 kilometrin etäisyydellä kirkonkylästä. Toimivia kyläkauppoja on enää Lohijärvellä ja Raanujärvellä. Ikäihmisten itsenäinen asioiden hoitaminen ilman toimivaa joukkoliikennettä tai yksilöllisesti suunniteltua kuljetuspalvelua on pitkien etäisyyksien vuoksi hankalaa.



Kuvio 2. Ylitornion kunta, etäisyydet kirkonkylältä kylille ja kylien välillä

Lähde: Ylitornion kunnan internetsivut

Ylitornion kunnan asukasluku on 4537 henkilöä 18.3.2013 tilanteen mukaan (Taulukko 2). Aukkaista noin puolet asuu kirkonkylän alueella ja muita asukasmäärällä mitattuna suurempia kyliä ovat Aavasaksa, Kaulinranta, Kainuunkylä ja Raanujärvi. Ylitornio kuuluu Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiriin, mutta lähempänä Rovaniemeä asuvat kuntalaiset voivat käyttää myös Lapin sairaanhoitopiirin palveluja. Ylitorniolla suurimpia työnantajia ovat Ylitornion kunta (428 työntekijää) ja Lakkapää Länsiraja Oy, J & J Lakkapää Oy, Ylitornion Betonituote Oy ja Kotihaltia Oy. Työpaikat painottuvat palvelualoille.

Kunnan veroäyri 19,25 on alhainen ja kunnan palvelut on pystytty tuottamaan veroäyriä korottamatta. Työttömyys Ylitorniolla oli tammikuussa 2013 14,3 prosenttia, mikä on

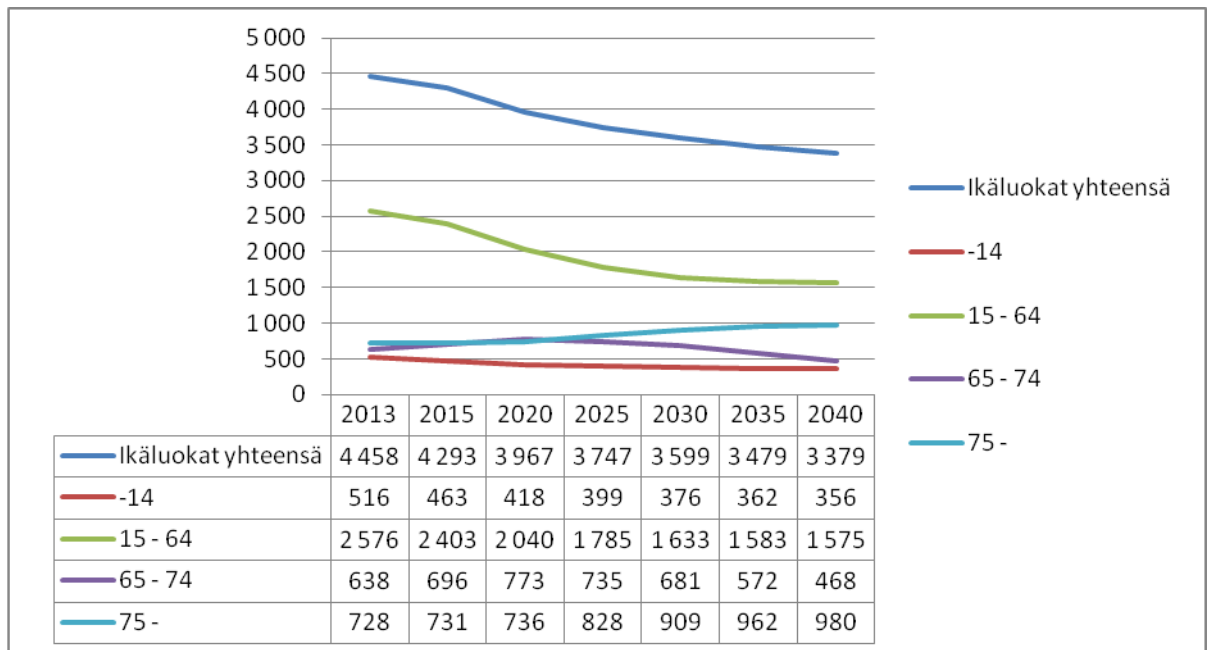
Lapin kuntien keskitasoa. Koko Suomen työttömyysprosentti oli tuolloin 8,7 prosenttia (Mella & Pouru 2013, 1).

Taulukko 2. Ylitornio pähkinäkuoressa

Ylitornion kunta			
Asukasluku	4537 (18.3.2013)		
Pinta-ala	2 212,7 km ²		
Veroprosentti 2013	19,25 %		
Työttömyysaste	14,3 %; 1/2013 (252 henkilöä,)		
Huoltosuhde 2011	68,7		
Elinkeinojakauma		Koulutusaste 15 vuotta täyttänyt väestö	
Alkutuotanto 14,2 %	Jalostus 16,4 %	Ei perusasteen jälkeistä tutkintoa 1696	Keskiaste 1763
Palvelut 65,4 %	Toimiala tuntematon 4 %	Alempi korkeakouluaste 513	Ylempikorkeakouluaste 106
Ylitornion kylät postinumeroalueittain	Asukkaita		Matkaa kuntakeskukseen
Alkkula	2250		Kuntakeskus
Aavasaksa	461		8 km
Kuivakangas	148		11 km
Kaulinranta	244		16 km
Kantomäänpää	192		25 km
Lohijärvi	63		45 km
Pessalompolo	132		45 km
Meltosjärvi	138		57 km
Raanujärvi	218		72 km
Mellakoski	194		43 km
Etelä-Portimo	137		15 km
Kainuunkylä	247		12 km
Pekanpää	113		18 km

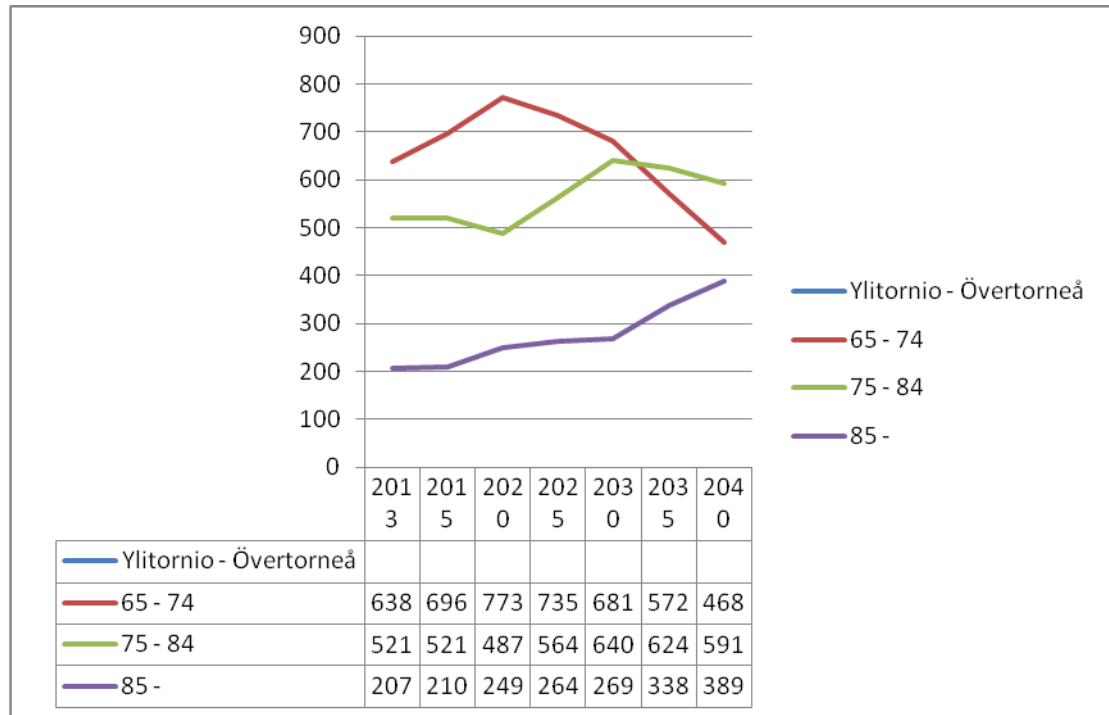
Lähde: Tilastokeskus, Ylitornion kunta internetsivut

Ylitornion kunnan väkiluku vähenee tulevina vuosikymmeninä ennusteen mukaan keskimäärin 70 henkilöllä vuosittain. Ennusteen pohjana on käytetty Tilastokeskuksen väestöennustemenetelmää, jossa väestön tuleva määrä ja rakenne lasketaan ikäryhmittäisten syntyvyys-, kuolevuus- ja muuttokerrointen avulla. Kertoimet on laskettu viime vuosien väestökehityksen perusteella. Suurinta väestömäärän väheneminen on 15–64 -vuotiaiden ikäryhmässä. 75 vuotta täyttäneiden määrä lisääntyy Ylitorniolla vuoteen 2040 mennessä 7,4 prosenttia (Kuvio 3).



Kuvio 3. Ylitornion väestörakenne ja väestörakenteen kehitys vuodesta 2013 vuoteen 2040 (Tilastokeskus)

85 vuotta täyttäneiden eli ”vanhojen vanhojen” määrä kasvaa Ylitorniolla tasaisesti koko ennustejakson ajan. Tämä kehitys tuo runsaasti haasteita palvelujärjestelmälle, koska oletettu hoidon ja hoivan tarve kasvaa 85 ikävuoden jälkeen. Ennusteessa on merkille pantavaa, että 64–74-vuotiaiden ikäryhmässä tapahtuu laskua vuoden 2025 jälkeen (Kuvio 4).

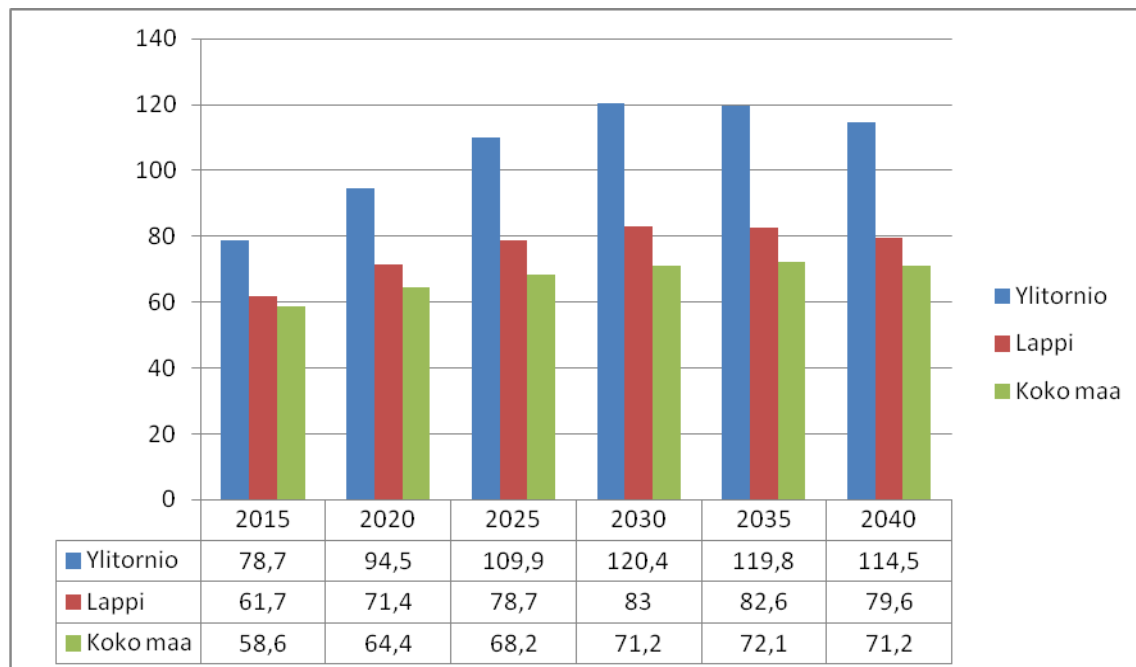


Kuvio 4. Yli 65-vuotiaiden määrän kehitys 2013–2040 (Tilastokeskus)

Ikäihmiset ovat heterogeeninen ryhmä. Suurten ikäluokkien ikääntyessä ja siirtyessä ajallisesti kohti ”neljättä ikää”, ikääntymisen sisällölliset erot tulevat entistä enemmän esille. He tulevat luomaan uusia ikääntymisen tapoja ja mahdollisuuksia seuraavien 30 vuoden aikana. Elämäntilannetta määrittävät enemmän elämänpoliittiset valinnat ja elämäntilanne kuin ikä ja sukupolvi. Tulevaisuuden näkymissä tulee ottaa huomioon myös yhteiskunnan muutos ja millä tavalla väestörakenteen muutos vaikuttaa yhteiskuntaan. Ikääntyneet saattavat kokea itse huolta ja tuntea velvollisuutta keventää yhteiskunnan taloudellista taakkaa. Ikääntyneille asetetaan myös velvollisuuksia huolehtia itse terveyden ylläpidosta, heitä velvoitetaan pitkään työuraan ja asetetaan paineita varallisuutensa jakamiseen. Ongelmaksi saattaa tulla se, että miten näihin paineisiin halutaan ja kyetään vastaamaan (Jyrkämä & Puustelli & Ylilahti 2009, 154–155).

Väestöllinen huoltosuhde tarkoittaa sitä, että kuinka monta alle 15-vuotiaasta ja 65 vuotta täyttäneestä on sataa 15–64-vuotiaasta kohden. Huoltosuhteen arvo on sitä korkeampi, mitä enemmän on lapsia ja/tai eläkeikäisiä. Ylitornion väestöllinen huoltosuhde vuonna 2015 on ennusteiden mukaan jo 20 prosenttiyksikköä korkeampi kuin koko maassa keskimäärin. Vuoteen 2030 mennessä Ylitornion väestöllinen huoltosuhde kasvaa

Tilastokeskuksen väestöennusteiden mukaan 41,7 prosenttiyksikköä, 78,7 prosentista 120,4 prosenttiin. Koko maan väestöllinen huoltosuhde kasvaa samaan aikaan 12,6 prosenttiyksikköä, 58,6 prosentista 71,2 prosenttiin (Kuvio 5).



Kuvio 5. Huoltosuhteen kehitys 2015–2040, Ylitornio, Lappi, Koko maa (Tilastokeskus)

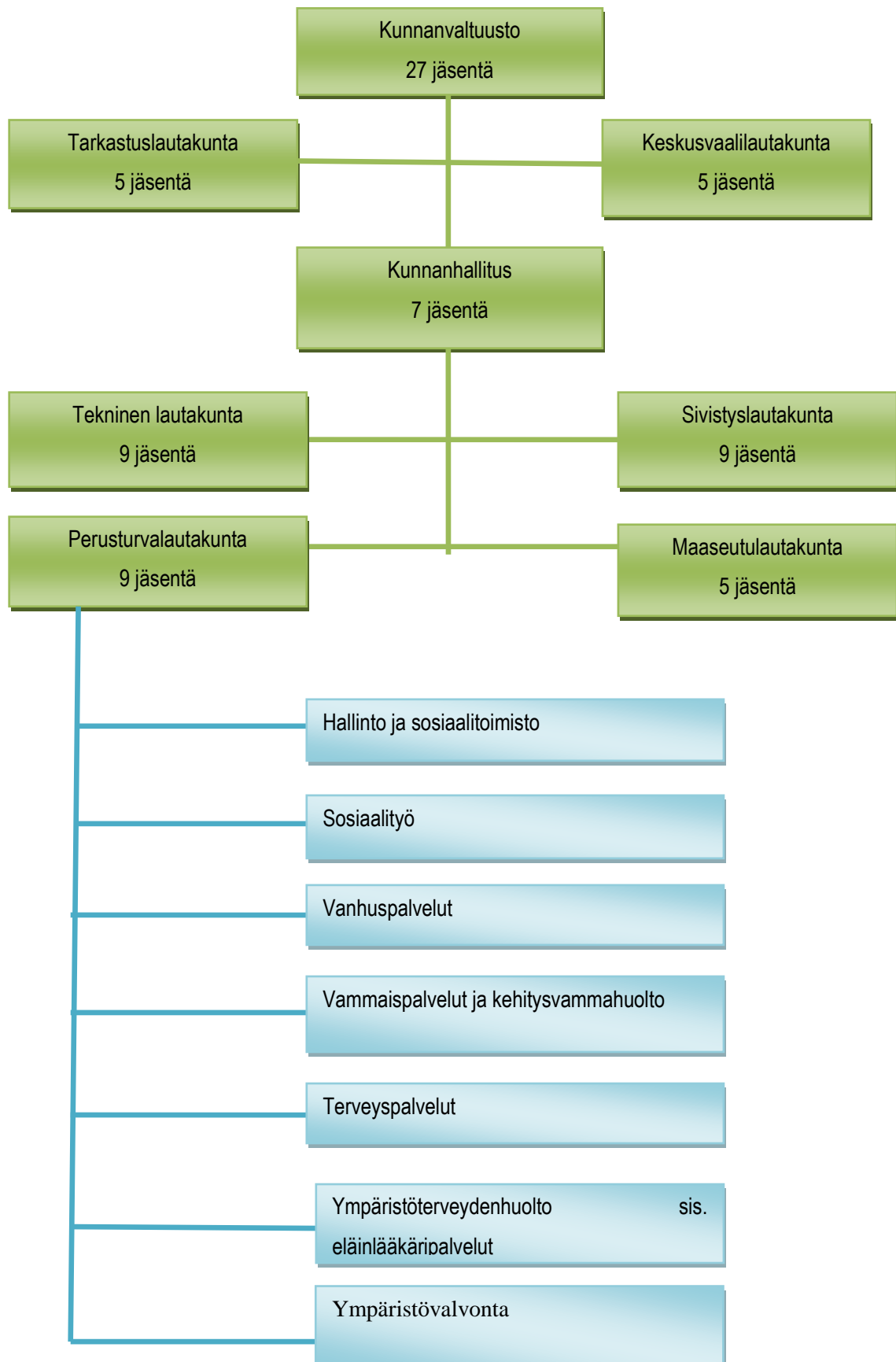
Väestön ikääntyminen heijastuu sosiaali- ja terveystoimen eläkemenojen kasvun myötä, myös ikäsidonnaisten hoitomenojen kautta. Mikäli pidentyneen eliniän vuodet olisivat terveitä elinvuosia ja palvelujen tarve myöhentyisi eliniän kasvun tahdissa niin sosiaali- ja terveystoimen osuus bruttokansantuotteesta pysyisi 30 prosentissa. Suomessa terveen ja toimintakykyiset elinvuodet ovat lisääntyneet samaa tahtia elinajan odotteen kasvun kanssa. Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintakulttuuri keskittyy korjaaviin toimenpiteisiin ennakoivien palvelujen sijasta. Tähän takapainotteisuuteen on pyritty vaikuttamaan Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksella (Vilkko ym. 2010, 55–56).

Väestön ikääntymisen taloudellisia seurauksia pohditaan usein julkisen talouden kestävyyslaskelmien avulla. Väestön ikääntyminen voi kuitenkin tuoda muutospaineita politiikkaan. Keskeistä poliittisessa kestävyudessa on sukupolvien välinen ja

sukupolvien sisäinen oikeudenmukaisuus ja riskien jako. Poliittisen kestävyysnäkökulmasta pohditaan usein sitä, että uhkaako nykyistä sukupolvisopimusta sukupolvien välinen konflikti. Tämän seurauksena joku sukupolvi voi sanoutua irti tästä yhteiskunnallisesta sukupolvisopimuksesta (Laine ym. 2009, 163–164).

Ikääntyminen on sosiaalinen prosessi, jota määrittävät ja muokkaavat yhteiskunnalliset tekijät ja joka liittyy aina johonkin aikaan ja paikkaan sijoittuvaan paikallisyhteisöön. Sosiaalinen vanheneminen on ajallis-paikallinen prosessi, joka muotoutuu ja rakenteistuu ympäristön ja yksilön välisenä vuorovaikutuksena. Vanheneminen on ajallisesti muuttuva ilmiö ja muutokset tapahtuvat toimintakäytäntöjen muutoksina, vanhojen toimintakäytäntöjen häviämisenä ja uusien syntymisenä. Vanhuspolitiikka on erityinen ikääntymiseen liittyvä toimintajärjestelmä, instituutioineen ja toiminta-areenoineen (Koskinen 2004).

Kunnan organisaatio on jaettu neljään hallintokuntaan, joiden osastopäälliköistä koostuu kunnan johtoryhmä, johon kuuluvat kunnanjohtajan lisäksi hallintojohtaja, perusturvajohtaja, kunnaninsinööri ja sivistystoimenjohtaja. Kunnanvaltuusto käyttää kunnan ylintä päätösvaltaa, se päättää kunnan talouden ja rahoituksen perusteista, sekä kunnan hallinnon rakenteista ja niiden toimivallasta. Kunnanhallitus johtaa kunnan hallintoa, valmistelee kunnanvaltuustossa käsiteltävät asiat ja huolehtii, että valtuuston päätökset toteutetaan. Kunnanhallitus huolehtii myös kunnan yleisestä kehittämisestä ja valvoo viranhaltijoiden toimitaan sekä kunnan taloushallintoa. Lautakuntien tehtävänä on huolehtia toimialansa toiminnan, talouden ja organisaation kehittämisestä. Kunnan johtoryhmän tehtävänä on toimia kunnanjohtajan tukena strategisessa ja operatiivisessa johtamisessa ja kehittämistyössä (Kuvio 6).



Kuvio 6. Ylitornion kunnan ja perusturvalautakunnan organisaatiokaavio

Perusturvalautakunnan tehtävänä on huolehtia ja vastata perusturvalautakunnan toimialaan kuuluvien asioiden valmistelusta, ratkaisemisesta ja toimeenpanosta lautakunnan ja tämän johtosäännösten mukaisesti. Sosiaali- ja terveystalouden tulosalueen johtajana toimii perusturvajohtaja. Perusturvatoimi järjestää kuntalaisille tarpeita vastaavia hyvinvointipalveluja joustavasti ja kokonaisvaltaisesti. Vanhustyö- ja kotipalvelutulosalue huolehtii ikäihmisten kotona asumista tukevien palvelujen sekä asumispalvelujen järjestämisestä.

2.4 Kotihoito

Kotihoito käsitteenä on Suomessa otettu käyttöön 1990-luvulla kotipalvelun ja kotisairaanhoidon integraatiokehityksen kautta. Kotihoidon käsitteellä tarkoitetaan sosiaalihuoltoasetuksen 607/1983 9 §:ssä tarkoitettuja kotipalveluja ja terveydenhuoltolain 1326/2010 25 §:n perusteella järjestettyä kotisairaanhoidoa. Sosiaalihuoltolakiin (710/1982) liittyvän sosiaalihuoltoasetuksen (307/1983) 9 §:n mukaisesti kotipalvelu tarkoittaa kodinhoitajan tai kotiavustajan antamaa kodissa tapahtuvaa yksilön ja perheen työapua, henkilökohtaista huolenpitoa ja tukemista sekä tukipalveluja, kuten ateria-, vaatehuolto-, kylvytys-, kuljetus-, saattaja- sekä sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluja.

Terveydenhuoltolain (1326/2010) 3. luvun 25 §:n mukaisesti kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden kotisairaanhoidon. Kotisairaanhoidon on hoito- ja palvelusuunnitelman mukaista tai tilapäisesti potilaan asuinpaikassa, kotona tai siihen verrattavassa paikassa moniammatillisesti toteutettua terveyden ja sairaanhoidon palvelua. Kotisairaanhoidon on määräämäänsä, tehostettua kotisairaanhoidon. Se voi olla perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon tai niiden yhdessä järjestämää toimintaa.

Kotihoito terminä on mainittu ensimmäisen kerran lainsäädännössä vuonna 2004. Tällöin tuli voimaan kokeilulainsäädäntö ja lakimuutos ajalle 1.1.2005–31.12.2008 sosiaalihuoltolakiin (2004/1428) sekä kansanterveyslakiin (2004/1429). Kokeilulakia on jatkettu vuoden 2014 loppuun. Lain tarkoituksena on mahdollistaa kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhdistäminen kotihoidoksi myös niissä kunnissa, joissa sosiaali- ja terveystaloutta ei ole yhdistetty. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2010 ilmestyneen raportin mukaan 70 prosenttia Suomen kunnista on yhdistänyt kotipalvelu

ja kotisairaanhoidon kotihoidoksi. Raportissa todetaan, että yhdistäminen on voimistumassa myös niissä kunnissa, joissa lautakunnat toimivat erillisinä (Kokko ym. 2010, 66). Yhdistymistä tukee sosiaali- ja terveyslautakuntien ja –virastojen yhdistymisen lisäksi koulutuksen uudistuminen. Kodinhoitajien ja perushoitajien koulutuksen päättymisen 1990-luvun alussa toi tilalle molemmat alat yhdistävän lähihoitajakoulutuksen (Tepponen, 2009).

Kotihoito on käsitteenä sisällöltään yhä epämääräinen ja siitä johtuen ikäihmiset saavat alueellisesti eritasoista kotihoidon palvelua. Kotihoito on uusi palvelu, jonka sisällön kunnat saavat itsenäisesti päättää. Valtiontalouden tarkastusvirasto on kehottanut tarkastusraportissaan sosiaali- ja terveysministeriötä määrittämään tarkasti, mitä kotihoidolla tarkoitetaan. Kotihoidolta puuttuu lainsäädännöllinen perusta, koska sitä ei ole mainittu sosiaalihuoltolaissa eikä terveydenhuoltolaissa. Edellä mainitut lait ainoastaan ohjaavat kotihoidon järjestämistä.

Englanninkielisessä kirjallisuudessa kotihoidosta käytetään käsitteitä *home care* ja *domiciliary care*. Home care-käsitettä käytetään silloin, kun puhutaan hoitotyön ammattilaisen antamasta palvelusta. Domiciliary care-käsitettä käytetään puolestaan silloin, kun terveydenhoitoa antavat ammattilaiset, perhe tai ystävät. Käsitteiden sisällöt kuitenkin vaihtelevat jonkin verran eri maiden terveydenhuoltojärjestelmistä riippuen (Timonen 2007, 3-4).

Kotihoidon palveluilla pyritään auttamaan ihmistä selviytymään kotona ja parantamaan heidän elämänlaatuaan. Avuntarve voi olla väliaikaista tai pitkäaikaista. Palvelujen järjestämisen lähtökohtana ovat ihmisen yksilölliset tarpeet. Valtakunnalliset linjaukset, suunnitelmat ja kehittämisohjelmat tukevat tätä näkemystä (STM & Kuntaliitto 2008:3; STM 2010:23). Kotihoidon asiakkaat tarvitsevat usein apua, kun heidän fyysinen toimintakykynsä alenee. He tarvitsevat apua kodinhoidollisissa tehtävissä, ruokahuollossa, henkilökohtaisessa hygieniassa, lääkehuollossa sekä muussa hoidossa (Heinola 2007, 9).

Kotihoidon yksilöllisen palvelusuunnitelman lähtökohtana on asiakkaan itsenäisyyden tukeminen hänen omista lähtökohdistaan. Tavoitteena on elämänlaadun säilyttäminen ja parantaminen sekä optimaalinen terveys. Ikäihmiselle kotihoidon keskeisimpiä

tavoitteita ovat elämänlaatu, hyvinvointi, toimintakyky, terveys ja tyytyväisyys elämään (Tenkanen, 2003, 49; Vaarama ym. 2006).

Laadukas kotihoito tarjoaa kotihoidon palvelujen ympärivuorokautisen saatavuuden tarvittaessa kaikkina viikon päivinä. Näitä laadukkaita palveluja ovat kodinhoito, hoiva- ja hoitotyö sekä kuntoutus, ennakkoiva toiminta, palveluohjaus ja lääketieteellinen hoito, akuuttitilanteiden sairaanhoito sekä saattohoito (Heinola, 2007, 62). Merja Tepponen (2009, 21) näkee kotihoidon yhteistyökumppaneina myös muut sosiaali- ja terveydenhuollon toimijat sekä kulttuuri- ja sivistyspalvelut kuten kirjasto- ja vapaa-ajanpalvelut.

Kotihoitoon on viime vuosina perustettu erilaisia moniammatillisia tiimejä, jotka koostuvat eri ammattiryhmistä ja joskus myös edustavat eri organisaatioita. Tiimit on perustettu kartoittamaan kokonaisvaltaisesti asiakkaan avuntarvetta ja suunnittelemaan toimenpiteitä tarpeeseen vastaamiseksi. Samalla sovitaan asiakkaan yhteistyöverkoston työnjaosta, tiedonvaihdosta ja toimenpiteiden yhteensovittamisesta. Tällaisesta yhteistyömallista käytetään nimitystä ”solmutyöskentely”, jolle ei välttämättä ole organisoitunutta rakennetta. Moniammatillisessa tiimissä toimivalta työntekijältä edellytetään oman osaamisen tuntemista, jotta hän voi antaa sen täysimääräisenä työyhteisönsä käyttöön (Vikberg-Aaltonen 2007, 9).

Kotihoidon palveluja käyttävän ihmisen kotona asumisen onnistumiseen vaikuttavat hänen toimintakykynsä ja terveytensä, hänen sosiaaliset suhteensa ja kotihoidon tuottama apu. Kotona asuminen merkitsee ikäihmiselle vapautta ja valtaa, mutta usein myös ulkopuolisen avun tarvetta. Kodin merkityksistä ikääntyneelle voidaan listata ensisijaisesti itsenäisen elämän, elämänhallinnan ja omatoimisuuden mahdollisuus. Koti vahvistaa minuutta, antaa vapauden, mahdollisuuden määrätä itse omista asioista, oman päätösvallan. Oma koti lisää arvostuksen tunnetta, asuinympäristö on tuttu ja turvallinen. Kotihoito mahdollistaa kotona asumisen ja arjesta selviytymisen, vaikka toimintakyky heikkenisikin. Kotihoito tuo turvallisuuden tuntua, vaikka sen myötä riippuvuus ulkopuolisesta avusta lisääntyy ja ihmissuhteet ammattilaisiin lisääntyvät (Ikonen & Julkunen 2007, 12).

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus (2008) nostaa esiin ihmisarvoisen vanhuuden turvaavina eettisinä periaatteina itsemääräämisoikeuden, voimavaralähtöisyyden, oikeudenmukaisuuden, osallisuuden, yksilöllisyyden ja turvallisuuden. Suomen perustuslain 25 §:n mukaan julkisen vallan on turvattava perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen, joista ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen sisältöön vaikuttavat erityisesti oikeus yhdenvertaisuuteen ja välttämättömään huolenpitoon, välttämättömiin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Palvelujen kehittäminen siihen suuntaan, että nämä oikeudet toteutuisivat edellyttää eri toimijoita ohjaavien periaatteiden ja arvojen määrittämistä, sekä pitkän tähtäimen toimintasuunnitelmien laatimista, laadullisten ja määrällisten tavoitteiden asettamista (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008).

Itsemääräämisoikeuden toteutuminen edellyttää, että ikäihminen voi tehdä valintoja tietoisesti ja hän saa päätöksentekoaan varten riittävästi tukea ja tietoa. Itsemääräämisoikeuden edistämiseksi voidaan voimavaroja tunnistaa, vahvistaa ja käyttää voimavaralähtöisyyden periaatteen mukaisesti. Oikeudenmukaisuus liittyy ikäihmisen inhimillisten tarpeiden tyydyttämiseen ja hyvinvointiin. Oikeudenmukainen palvelujen kohdentaminen edellyttää palveluiden yhtenäisiä myöntämisperusteita ja yhdenvertaisuuden turvaavaa, ammattitaitoista palveluntarpeiden arviointia, syrjinnän estämistä, erilaisuuden hyväksymistä ja epäoikeudenmukaisuuksiin puuttumista (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008).

Kuntalaki (365/1995) turvaa kuntalaisille mahdollisuuden osallistua ja vaikuttaa asioiden suunnitteluun ja saada tietoa vireillä olevista asioista. Ikäihmisten vaikutusmahdollisuuden turvaaminen ja tasavertaisen osallisuuden mahdollistaminen luo edellytyksiä onnistuneelle ikääntymiselle asuinpaikasta ja avuntarpeesta riippumatta. Kunnanvaltuuston on huolehdittava siitä, että kunnan asukkailla ja palveluiden käyttäjillä on mahdollisuus osallistua kunnan toimintaan ja vaikuttaa asioiden suunnitteluun ja valmisteluun. Eri palveluissa asukkaille on turvattava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujen laadun kehittämiseen, osallistua oman palvelunsa laadun kehittämiseen asettamalla laatutavoitteita, suunnittelemalla palvelun toteutusta ja arvioimalla palvelua voimavarojensa mukaisesti (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008).

Väestörakenteen muutokset koko EU:n alueella on johtamassa lisääntyvään kotihoidon kysyntään. Väestörakenne Euroopan unionin alueella muuttuu ja erityisesti vanhojen ja erittäin iäkkäiden ihmisten osuuden odotetaan kasvavan voimakkaasti. Samalla lasten ja nuorten, nuorten aikuisten ja aikuisten määrä vähenee kun syntyvyys on laskenut. Vaikka määrät vaihtelevat maittain, niin syntyvyys laskee edelleen ja huoltosuhde muuttuu epäedulliseen suuntaan. Jokaista työssäkäyvää eurooppalaista kohden on yhä enemmän huollettavia. Vaikka ikääntyneet tulevaisuudessa tulevat riippuvaiseksi ulkopuolisesta avusta myöhemmin kuin aikaisemmat sukupolvet, on suuntaus huolestuttava koko EU:n aluetta ajatellen (Blackman ym. 2001).

2.5 Kotihoito Ylitorniolla

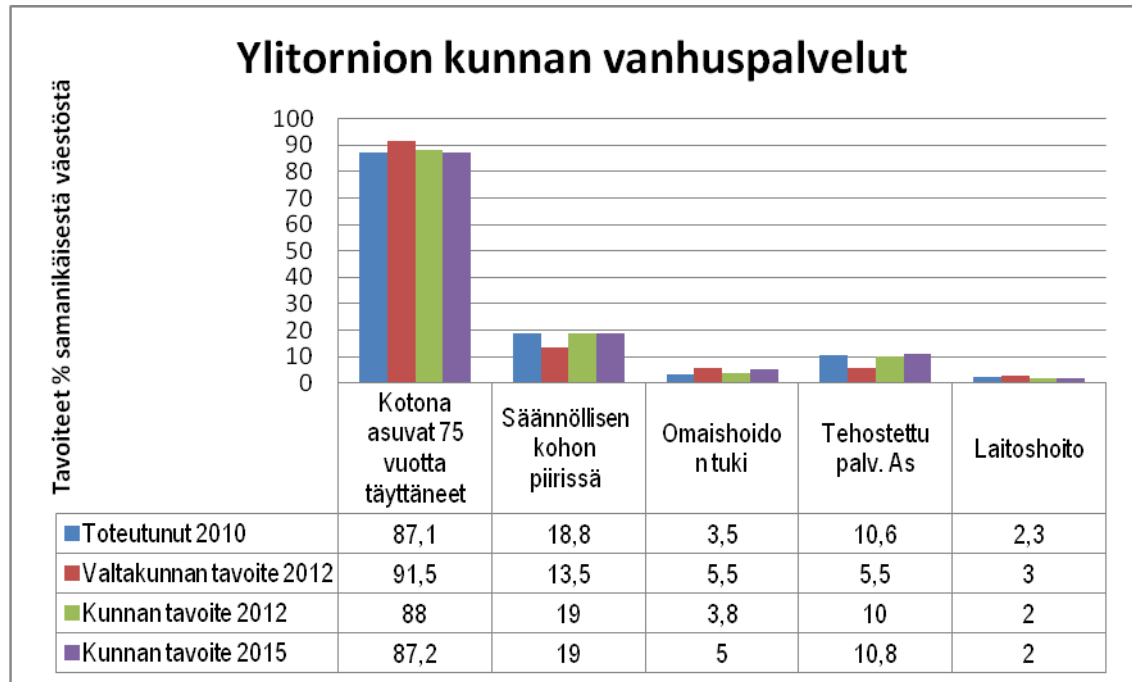
Ylitornion kunnassa yhdistettiin sosiaali- ja terveystalokunnat perusturvalautakunnaksi vuoden 2005 alusta. Samalla yhdistettiin kotipalvelu ja kotisairaanhoido kotihoidoksi. Kotihoidon hallinnollisena esimiehenä toimii vanhustyön johtaja. Kotihoidossa työskentelee avopalveluohjaaja (sosionomi AMK), kaksikymmentäkaksi (22) hoitajaa (kodinhoitajia, lähihoitajia, kotiavustajia) sekä 3,6 sairaanhoitajaa. Kotihoidolla ei ole omaa lääkäriä, vaan lääkäripalvelut tuotetaan väestövastuuperiaatteella. Kotihoidossa on kolme aluetiimiä (Alkkula, Aavasaksa ja järvikylät), jokaisella tiimillä on oma sairaanhoitaja. Kotihoito toimii yhtenäisissä tiloissa. Alkkulan ja Aavasaksan tiimien tilat ovat helmikuusta 2013 alkaen nk. Luovin tiloissa ja järvikylän tiimi Meltosjärven terveysasemalla (Kuvio 2).

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen (2008) mukaan tavoiteltava kotihoidon kattavuus on 13–14 prosenttia, joka tarkoittaa sitä, että 13–14 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä on kotihoidon palvelujen piirissä. Vuonna 2009 oli 65 vuotta täyttäneiden osuus Ylitornion kunnan väestöstä 27 prosenttia ja se kasvaa ennusteiden mukaan 32 prosenttiin vuonna 2020 ja vuonna 2030 osuus on jo 39 prosenttia. Kunnan väestö vähenee ennen kaikkea 15–64-vuotiaiden ryhmässä, josta suurimman osan (yli 20-vuotiaista alkaen) voidaan olettaa olevan työssäkäyviä. Työvoimapula on Ylitorniolla todellista sosiaali- ja terveysalalla jo tänä päivänä ja ikääntyvän väestön osan palvelujen järjestäminen on haasteellista.

Ikääntyneiden määrän kasvu ei välttämättä nosta palvelujen piiriin tulevien määrää samassa suhteessa, vaan oletetaan, että ikääntyneet ovat entistä parempikuntoisia ja tarvitsevat ulkopuolisia palveluja entistä myöhemmin. Kotihoidon palvelujen piiriin tullaan useimmin vasta 80 vuotta täyttämisen jälkeen. Ylitornion väestöennusteesta näkee saman suuntauksen, kuin on havaittavissa koko maan tilastoennusteista, että ns. ”vanhojen vanhojen” määrä kasvaa. Tämä tarkoittaa sitä, että myös palveluja tarvitsevien määrä oletettavasti kasvaa.

Ylitornion kunta on pinta-alaltaan suuri, joten kotihoidossa haasteita asettavat pitkät etäisyydet. Harvaanasutussa kunnassa asiakkaiden väliset etäisyydet voivat olla jopa kymmeniä kilometrejä. Kotihoidon hoitajat työskentelevät kahdessa vuorossa, sairaanhoitajat tekevät ainoastaan päivätyötä arkipäivinä. Yöpartio toiminta on aloitettu kokeiluna huhtikuussa 2013 yksityisen palveluntuottajan toimesta. Tukipalvelut tuottaa kotihoidon henkilöstö, koska erillistä henkilökuntaa ei ole. Yksi hoitaja tuottaa omaishoitajien varamiespalvelua eli sijaistaa omaishoitajia heidän vapaa-aikanaan. Yksityisiltä palveluntuottajilta ostetaan palveluja sotainvalideille. Tilapäistä kotiapua muille asiakkaille ostetaan satunnaisesti.

Yli 75-vuotiaiden kotihoidon palvelujen kattavuus on Ylitornilla laatusuosituksia korkeammalla tasolla. Vuoden 2010 kotihoidon kattavuus oli 18,8 prosenttia. Kotihoidon kattavuutta nostaa kotisairaanhoidollinen osuus, koska kaikki asiakkaat, joille on laadittu palvelu- ja hoitosuunnitelma sisältyvät kattavuustietoihin. Laatusuosituksissa yli 75-vuotiaiden kotihoidon keskimääräiseksi kattavuustasoksi on asetettu 13–14 prosenttia (Kuvio 7).



Kuvio 7. Ylitornion kunnan vanhuspalvelujen kehitys, kattavuus ja tavoitetasot

Ylitornion kunnan kotihoidon asiakkaille laaditaan palvelu- ja hoitosuunnitelma, jonka perusteella kotihoitoa toteutetaan. Kotihoidon palvelut jakautuvat säännölliseen ja tilapäiseen kotihoitoon ja tukipalveluihin. Kotihoito on säännöllistä silloin, kun asiakas saa kotihoidon palveluita vähintään kerran viikossa. Säännöllistä kotihoitoa saavilta peritään tuloihin perustuva kuukausimaksu. Harvemmin kuin kerran viikossa annettava kotihoito on tilapäistä, josta peritään asiakasmaksuna käyntimaksu. Tilapäinen kotihoito voi olla myös määräaikaista kotihoitoa, jota toteutetaan esimerkiksi asiakkaan sairaalasta kotiutumisen tukemiseksi. Tukipalveluina Ylitornion kotihoidon asiakkaille tuotetaan ateria-, asiointi-, kuljetus-, kylvytys- ja vaatehuoltopalvelua, sekä vähäisessä määrin saattaja- ja siivouspalvelua.

Säännöllinen kotihoito sisältää asiakkaiden aterioinnissa, henkilökohtaisessa hygieniassa, sairaanhoidollisissa toimissa sekä lääkehoidossa avustamisen. Säännöllisen kotihoidon palvelun piirissä olevien asiakkaiden kodin siisteydestä huolehditaan pienimuotoisella ylläpitosiivouksella. Kotihoidon työntekijä voi käydä asiakkaan luona 1-5 kertaa vuorokaudessa. Yöpartitoiminta on kehitteillä ja alkanut kokeiluna loppukevään 2013 aikana. Kotihoito huolehtii myös ryhmäkodeissa asuvien asiakkaiden hoidosta arki-iltaisin ja viikonloppuisin.

Tilapäinen kotihoito sisältää esimerkiksi verenpaineen seurannan, silmätippojen laittamisen kaihileikkauksen jälkeen sekä muun asiakkaan tilapäisen avustamisen. Tukipalveluina tuotettava ateriapalvelu sisältää kotiin kuljetettavan aterian päivittäin tai asiakkaan toivomina toimituspäivinä. Asiointipalveluun kuuluu asiakkaan kauppa-asioiden toimittaminen kerran viikossa lähikaupasta sekä apteekkiasiointi. Saattajapalvelu on asiakkaan saattamista lääkärin vastaanotolle tai keskussairaalatutkimuksiin. Sosiaalihuoltolain mukainen kuljetuspalvelu myönnetään asiakkaalle hänen omaa asioilla käyntiään varten. Kuljetuspalvelua toteuttavat kunnassa toimivat kuljetusyrittäjät. Siivouspalvelua kunnan kotihoidon tuottamana ei ole tarjolla, vaan se ostetaan yksityisiltä siivouspalveluyrittäjiltä.

Avopalveluohjaaja toimii myös kotiutushoitajana, toimien yhteistyössä terveyskeskussairaalan kanssa asiakkaan kotiutumisen järjestämisessä. Asiakkaiden asunnonmuutostöitä suunnitellaan yhdessä teknisen toimen ja fysioterapian kanssa. Ehkäisevän työn osuus on kotihoidossa vähäistä, koska ennakoiviin kotikäynteihin on riittänyt niukasti resursseja. Kotihoidon tukipalveluna kunnassa järjestetään ikäihmisten päivätoimintaa kerran viikossa ja joillakin kylillä toimii Alatornion Vanhainkotiyhdistys ry:n hallinnoima SenioriPisteen kerho. SenioriPiste toimii Raha-automaattiyhdistyksen projektirahoituksella. Päivätoiminnan tarkoituksena on vaikuttaa ikäihmisten osallisuuden kokemusten lisäämiseen ja sosiaalisten verkostojen ylläpitämiseen. Osallisuuden lisääntyminen ja yhteisöllisyys lievittää yksinäisyyden kokemuksia.

Kunnassa on vuodesta 2011 alkaen myönnetty vähävaraisille eläkeläisille Seniorikortti, joka oikeuttaa uimahallin ja kuntosalin maksuttomaan käyttöön. Kortin saamisen edellyttämä vähävaraisuus tarkoittaa korkeintaan 30 000 euron ansio- ja pääomatuloja, joten kortin saamisen ehdot täyttäviä eläkeläisiä on paljon. Uimahallilla järjestetään ryhmävesiliikuntatilaisuuksia, joihin Seniorikortin haltijat voivat osallistua. Seniorikorttien käyttö on ollut suosittua. Vuonna 2012 Ylitornion kunta on myöntänyt 249 korttia. Seniorikortti on merkittävä panostus ikäihmisten hyvinvoinnin edistämiseen. Vuonna 2012 kunta käytti 37 350 euroa Seniorikortteihin. Seniorikortin käyttöönoton tarkoituksena on ikääntyvien fyysisen toimintakyvyn ylläpitämisen ja parantamisen ohella sosiaalisen kanssakäymisen edistäminen. Kunta on varannut, kuten aikaisempina vuosina, vuodelle 2013 Seniorikortteihin 30 000 euron määrärahan.

2.5 Vanhustyön tarkoitus, arvot ja toimintaperiaatteet

Suomen perustuslaki velvoittaa julkisen vallan turvaamaan perus- ja ihmisoikeudet sekä oikeuden yhdenvertaiseen kohteluun ja välttämättömään huolenpitoon kansalaisille. Jotta nämä oikeudet toteutuvat, tulee palveluja kehittää ja eri toimijoiden määritellä yhteiset arvot ja eettiset periaatteet, jotka toimintaa ohjaavat. Ihmisarvoinen vanhuus edellyttää siis arvovalintoja, jotka konkretisoituvat toiminta- ja taloussuunnitelmissa määrällisiksi ja laadullisiksi tavoitteiksi. Keskeinen perusarvo on ihmisarvon kunnioittaminen. Eettisiä periaatteita ihmisarvoisen vanhuuden turvaamiseksi ovat: itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, voimavaralähtöisyys, osallisuus, yksilöllisyys ja turvallisuus (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 12–13).

Arvot ohjaavat ihmisten käyttäytymistä. Arvojen sanotaan olevan melko pysyviä päämääriä, tavoiteltavia asiantiloja tai asioita. Moraalin, etiikan ja ammattietiikan taustalla ovat arvot. Yhteisöillä ja ryhmillä on arvoja, jotka on määritelty yhteisesti (Ihalainen & Kettunen 2011, 54). Arvot ovat usein perusta strategiatyöskentelylle ja niitä tarvitaan ohjaamaan ja yhtenäistämään toimintaa. Yhteisesti hyväksytyt arvot, tavoitteet ja toimintaperiaatteet parantavat työyhteisön hyvinvointia ja suorituskyykyä. Toimintaperiaatteiden tarkoituksena on konkretisoida perusarvot ja osoittaa, mitä ne tarkoittavat käytännön arjessa.

Ylitornion kunnan vanhustyön arvot ovat

1. itsemääräämisoikeus ja asiakkaan kunnioittaminen
2. turvallisuus
3. hyvä elämä – hyvä kuolema
4. rehellisyys ja luottamuksellisuus
5. voimavaralähtöisyys
6. vastuullisuus.

Toimintaperiaatteena ovat:

Ylitornion kunta edistää ikäihmisten hyvinvointia ja omatoimisuutta luomalla edellytyksiä itsenäiselle selviytymiselle sekä järjestämällä ikäihmisten tarvitsemia laadukkaita palveluja ja hoitoa eri toimijoiden kanssa yhteistyössä.

3 KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS

3.1 Kehittämishankkeen metodologiset valinnat ja toteutus

Kehittämishanke sijoittuu tieteenfilosofiassa fenomenologiseen näkemykseen, joka korostaa ihmisen havaintoihin ja kokemuksiin perustuvaa tiedon tuottamista. Suuntaus korostaa yksilöllistä kokemusta. Tutkimuksessa pyritään lähestymään tutkittavaa kohdetta ilman ennakko-olettamuksia, määritelmiä tai teoreettista viitekehystä.

Ylitornion kotihoidon kehittämishanke on laadullinen tutkimus. Laadullisen tutkimuksen kohteena on ihminen ja hänen elämismaailmansa. Tutkimus on kokonaisvaltaista tiedon keräämistä ja aineisto muodostetaan todellisista tilanteista. Laadullisessa tutkimuksessa tarkastelun keskipisteessä ovat merkitykset, jotka ilmenevät monin eri tavoin. Koska kaikki laadullinen tutkimus tapahtuu elämismaailmassa, on myös tutkija osa merkitysyhteyttä, jota hän tutkii. Tämä yhteys on myös välttämätöntä, jotta hän voi tehdä laadullista tutkimusta, koska laatuja ymmärtäminen on mahdollista vain kontekstissa, joissa niillä on merkitys. Ihmistä ja hänen elämismaailmaansa tutkiva ei voi toimia ulkoisena tarkkailijana (Varto 2005, 28–34).

Kehittämishankkeen tavoitteena on hankkia tietoa Ylitornion kunnan kotihoidon kehittämiseen. Lähtökohtana on tarkastella palveluja asiakkaiden näkökulmasta, kuulla heidän mielipiteitään ja kokemuksiaan. Asiakkaiden kokemusten lisäksi hankkeen tavoitteena on myös kerätä tietoa kotihoidon työntekijöiden, johdon ja poliittisten päättäjien näkemyksistä kotihoidon kehittämisestä ja asiakaslähtöisyyden toteutumisesta.

Aineisto kehittämishankkeeseen on kerätty Bikva-arviointimenetelmän mukaisesti ”alhaalta ylöspäin”. Kotihoidon asiakaskyselyn pohjalta saatujen tulosten perusteella on laadittu puolistrukturoitukysely ja teemahaastattelu kotihoidon työntekijöille. Asiakaskyselyn ja henkilöstöltä saatujen tietojen jälkeen on laadittu teemahaastattelukysymykset johdolle sekä poliittisille päättäjille. Bikva-mallin käyttö

hankkeessa antaa uudenlaisen mahdollisuuden kehittää käytäntöjä vuoropuhelun kautta. Tämä vuoropuhelu asiakkaiden ja julkisen sektorin välillä antaa arvokasta tietoa tulevaisuuden valinnoista ja vaatimuksista.

Kehittämishankkeen tavoitteena on saada vastaus seuraaviin kysymyksiin:

1. Miten Ylitornion kunnan vanhustenhuollon kotihoidon palvelut vastaavat asiakkaiden tarpeita?
2. Miten kotihoidon työntekijöiden ammatillinen osaaminen vastaa asiakkaiden avuntarpeeseen?

Kehittämishankkeen tarkoituksena on saada tietoa Ylitornion kunnan vanhustenhuollon strategiatyöhön sekä kotihoidon sisältöjen kehittämistyöhön asiakaslähtöisestä näkökulmasta. Hankkeen tarkoituksena on antaa palvelujen käyttäjille, asiakkaille ääni palvelujen kehittämistyössä. Tavoitteena on kehittää kotihoidon palveluja sellaisiksi, että ne palvelevat myös tulevaisuudessa lisääntyvää ikääntyvien määrää ja auttavat ikäihmisiä asumaan kotonaan mahdollisimman pitkään turvallisesti.

Kehittämishankkeessa tarkastellaan vanhusten kotihoitoa asiakkaiden kokemusten ja työntekijöiden näkökulmasta. Kunnan johtavien viranhaltijoiden ja perusturvalautakunnan jäsenten mielipiteet kotihoidosta ja kotihoidon kehittämisestä selvitetään yksilö- ja ryhmähaastatteluilla. Asiakkaiden mielipiteet saamistaan kotihoidon palveluista kartoitetaan kyselyllä, jonka toteuttamisesta vastaa kehittämishankkeen toteuttajien ohella yksi kotihoidon työntekijä. Kehittämishankkeen toteuttamisessa käytetään asiakaslähtöistä Bikva-arviointimallia.

Ylitornion kunnan kotihoidossa on säännöllisen palvelun piirissä 184 asiakasta (vuonna 2012), joista 96 asiakasta on sellaista, joiden luona käydään päivittäin. Asiakkaille suoritettun kyselyn otannaksi valittiin 52 vuosina 1917–32 syntynyttä asiakasta. Heistä kyselyyn vastasi 31 henkilöä. Valittu ikäkohortti on suurin kotihoidon palveluita käyttävä ryhmä. Otanta on poimittu kotihoidon asiakasrekisteristä syksyllä 2012. Asiakaskyselyt analysoitiin viemällä ne Excel-taulukkoon ja vastaukset jaoteltiin teemojen mukaan.

Kotihoidossa on vakinaisessa työsuhteessa 22 hoitajaa (kodinhoitajaa, lähihoitajaa ja kotiavustajaa) ja 3,6 sairaanhoitajaa. Kyselyyn vastasi 20 työntekijää ja ryhmähaastatteluun osallistui 10 työntekijää. Työntekijöiden kyselyt analysoitiin viemällä kyselyn vastaukset ja teemoitettiin samojen periaatteiden mukaan kuin asiakaskyselyt. Haastattelu nauhoitettiin ja litteroitiin ja siitä poimittiin keskeisimmät asiat tuloksiin.

Johdon haastattelut tehtiin yksilöhaastatteluina aikojen yhteensovittamisen vuoksi. Kaikki haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Haastatteluista poimittiin tuloksiin keskeisimmät aihealueet. Poliittisille päättäjille suoritettavat haastattelut tehtiin osaksi yksilö- ja osaksi ryhmähaastatteluna. Yksilöhaastatteluna haastateltiin kunnanvaltuuston ja hallituksen puheenjohtajat ja ryhmähaastatteluna perusturvalautakunta. Kaikki haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin ja niistä kirjattiin tuloksiin poliittisten päättäjien näkemykset kotihoidosta ja heidän mielipiteensä kotihoidon kehittämisestä.

3.2 Asiakaslähtöinen Bikva-menetelmä

Kehittämistehtävässä asiakkaiden näkemykset palveluista selvitetään asiakaslähtöisellä arviointimallilla, joka on Bikva (Brugerindragelse i kvalitetsvurdering/asiakkaiden osallisuus laadunvarmistajana). Malli on tanskalaisen Hanne Krogstrupin kehittämä malli, jonka lähtökohtana ovat asiakkaiden näkemykset palvelujen laadusta ja vaikuttavuudesta. Merkittävää ja arvokasta mallissa on se, että siinä asiakkaiden näkemykset otetaan kehittämistyön välineeksi. Asiakkaiden kokemukset ja näkemykset voivat toimia parhaimmillaan palvelujen kehittämisen muutosvoimana. Informaatio, joka Bikvan avulla on saatu selville, välitetään organisaation eri tasoille ja lopuksi poliittisille päättäjille.

Bikva-malli kehitettiin 1990-luvulla, kun havahduttiin siihen, että kehittämistyö tehtiin lähes poikkeuksetta rakenteista käsin. Asiakkaiden osallisuus rajoittui tuolloin lähinnä asiakastytyväisyyskyselytutkimuksiin. Niiden heikkoudeksi nähtiin, että ne eivät tosiasiallisesti arvioineet asiakkaiden tyytyväisyyttä heille tärkeisiin asioihin eivätkä pystyneet määrittämään heille tärkeitä asioita. Asiakkailta ei kysytty ”oikeita” asioita. Perinteiset asiakastytyväisyystutkimukset sopivat harvoin sosiaalityön haasteisiin ja uusien käytäntöjen luomiseen. Asiakastytyväisyyskyselytutkimukset ja Bikva-malli täydentävät, eivätkä suinkaan poissulje toisiaan.

Bikva-mallissa asiakkaila on keskeinen rooli. Asiakkaiden osallistamisen perusteena on se, että heillä on tietoa, josta on hyötyä julkisen sektorin kehittämisessä. Vuoropuhelu asiakkaiden ja julkisen organisaation välillä antaa arvokasta tietoa tulevaisuuden valinnoista ja vaatimuksista (Krogstrups 2004, 7-23).

3.3 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Sosiaalitieteellisessä tutkimuksessa on tutkija on myös itse osa tukimaansa yhteiskuntaa. Tutkimus syntyy tutkijan kautta ja toimesta, joten hän on tietenkin syvällisemmin mukana, kuin vain yhteiskunnan jäsenenä. Sosiaalitieteellinen tutkimus rakentuu vuorovaikutuksellisuuteen kahden ihmisen välillä (Pohjola 2003, 54).

Sosiaalitieteellisessä tutkimuksessa tulee kiinnittää erityistä huomiota tutkimuksen tekemisen eettisiin kysymyksiin. Sosiaalitieteellisessä tutkimuksessa ollaan tekemisissä ihmisten sensitiivisten, ja usein arkojen asioiden kanssa. Tutkimuksessa tulevat julki ihmisten elämä ja arkipäivä, usein vaikeat elämäntilanteet. Rehellisyys, luotettavuus, totuudellisuus, kriittisyys, avoimuus, tutkittavien tunnistamattomuus ja kunnioittaminen ovat perusperiaatteita tutkimuksen tekemiselle. Jaana Hallamaan (2005, 25) mukaan tutkimuksessa tulee olla samat velvoitteet kuin yksityiselämässäkin:

”älä ota toisen omaa, älä valahtelee, älä petä”.

Yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa korostuvat lisäksi ihmisarvon kunnioittaminen, välittäminen ja sosiaalinen vastuu. Tutkijan on pidettävä kirkkaana mielessä eettiset periaatteet koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimuksessa tuotettu tieto määrittelee ja luo todellisuutta, mikä vaatii tutkijalta vastuun tunnistamisen ja tiedostamista (Pohjola 2003, 55–61).

Tutkimuseettisiä periaatteita tulee noudattaa erityisen tarkkaan. Yhteiskuntatieteellisessä tutkimuksessa kohteena on useimmiten ihminen, jonka vuoksi tutkimuseettisten periaatteiden noudattaminen tulee olla erityisen tarkkailun alaisena. Tutkimus ei saa aiheuttaa vahinkoa eikä vaaraa kenellekään. Tutkijan hyvä ja kunnioittava käytös koko tutkimuksen ajan tutkimukseen osallistuvia kohtaan on erittäin

tärkeää myös muita tutkimuksia ajatellen. Yksi tärkeä eettinen periaate on, ettei tutkittavia voi tunnistaa raportista. Tutkijan on hyvä tutustua tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimiin ohjeisiin tieteellisestä käytännöstä ja sen loukkausten käsittelemisestä (Alasuutari 2005, 15–25).

Tutkimukselle asettaa eettisiä kysymyksiä tukijan asemoituminen tutkimusprosesseissa. Haasteiksi nousee, kuinka tutkia kriittisesti ja luotettavasti sellaista prosessia, jota on ollut rakentamassa tai jossa muutoin on ollut osallisena. Tällöin tutkijalle voidaan asettaa odotuksia; toivotaan tehtyjen ratkaisujen legimitointia ja voimassa olevien rakenteiden tutkimuksellista osoittamista. Tutkijan on tunnistettava käytäntöä palvelevissa asetelmissa oma roolinsa, osallisuutensa ja tutkimukselliset valintansa. Tutkijan on huolehdittava ristipaineista huolimatta siitä, että tutkimus säilyy riippumattomana. Tutkijan on punnittava itseänsä, omat lähtökohtansa, arvonsa ja asenteensa (Pohjola 2003, 23).

Kehittämishankkeen toteuttajat ovat työssään molemmat olleet osallisena rakentamassa kotihoidon palveluja nykymuotoiseksi. Kehittämistehtävän edetessä tulee erityisesti kiinnittää huomiota eettisiin näkökohtiin, ja arvioida kriittisesti omaa osuutta palvelujen laatuun ja määrään. Asiakkaat, samoin päättäjät ovat entuudestaan tuttuja. Kehittämistehtävän tekemisessä edellä mainitut asiat asettavat erityisiä haasteita, vaikka joissakin kohdin niistä on myös etua.

Kyselyyn osallistuvien asiakkaiden rooli on keskeinen osa Bikva-mallia toteutettaessa. Siitä syystä eettisten näkökulmien huomioonottaminen on erittäin tärkeää. Kirjallinen suostumus osallistumisesta ja tieto siitä, mihin kyselyn tuloksia käytetään, on välttämätöntä. Kyselyn suorittajan tulee olla henkilö, jota asiakkaat ei entuudestaan tunne, jotta heidän ei tarvitse pelätä vastaustensa aiheuttavan vaaraa palvelujen saannille jatkossa (Krogstrup 2004, 26). Kehittämistehtävässä kotihoidon asiakaskyselyn toteuttajana on ollut kotihoitoon äskettäin tullut työntekijä, joka ei tunne kyselyyn valittuja asiakkaita entuudestaan. Asiakkaille on ennen kyselyyn osallistumista annettu kirjallinen suostumuslomake, jossa on kerrottu mihin tarkoitukseen kyselyn tuloksia käytetään, sekä tutkimuksen tekijöiden nimet. Asiakkailta on ollut mahdollisuus kieltäytyä kyselyyn vastaamisesta. Suostumuslomakkeet on kerätty erillään kyselylomakkeista, jotta asiakkaiden tunnistamattomuus säilyy.

Kotihoidon työntekijöiden kyselyissä ja haastattelussa voidaan kohdata varauksellisuutta, koska he haluavat ”suojella” itseään asiakkaiden palautteelta. Työntekijät voivat kokea uhkaavana sen, että asiakkaat antavat palautetta kokemuksistaan ja arvioivat työntekijöiden työtä ja työkäytäntöjä. Työntekijöille tulee kertoa, että asiakkaiden antamaa palautetta ei tule pitää objektiivisena totuutena, vaan se on heidän subjektiivinen kokemuksensa. Tärkeää on välittää tieto työntekijöille, että asiakkaiden osallistamisen tavoitteena ei ole se, että he saavat päättää, vaan että heidän kokemuksensa otetaan huomioon kotihoidon kehittämisessä (Krogstrup 2004, 27–28). Kotihoidon työntekijöille on kerrottu tutkimuksen tarkoituksesta ja heidän tärkeästä roolista kotihoidon kehittämisessä tämän kehittämistehtävän kautta. Kysely ja ryhmähaastattelu on toteutettu tutussa ja turvallisessa ympäristössä kotihoidon tiloissa. Luottamuksen ja välittömyyden ilmapiiri on välttämätöntä kehittämiselle. Kotihoidon työntekijät olivat pääosin iloisia, jopa yllättyneitä asiakkaiden kyselytutkimuksen tuloksista.

Johtajien ja poliittisten päättäjien osallistaminen kehittämistyöhön on perinteisesti ollut vähäistä. On kuitenkin tärkeää, että heidät otetaan mukaan, sillä he ovat suurelta osin vastuussa sosiaalipolitiikan toteutumisesta. Tärkeää on myös se, että heidän ratkaisunsa vaikuttavat suoraan tai välillisesti toiminnan laatuun; sellaisena kuin asiakkaat sen määrittelevät (Krogstrup 2004, 29–30). Ylitornion kunnassa sekä johtajat, että poliittiset päättäjät ovat osallistuneet kehittämistehtävän haastatteluihin innokkaasti ja mielenkiinnolla, sillä kotihoidon kehittäminen nähdään erittäin ajankohtaisena ja tärkeänä kehittämiskohteena.

4 ASIAKASLÄHTÖISYYS VANHUSPALVELUISSA

4.1 Asiakaslähtöisyys hyvinvointipalveluissa

Asiakkaan näkökulmasta asiakaslähtöisyys tarkoittaa sitä, että palvelut muodostavat kokonaisuuden. Tässä kokonaisuudessa palvelut on järjestetty asiakkaan tarpeista lähtien, eikä yksipuolisesti tuottajaorganisaation rakenteista lähtien. Perinteisesti asiakkaan rooli on nähty palvelujärjestelmässä passiivisena objektina. Asiakaslähtöinen toiminta lisää asiakkaan vaikutusmahdollisuutta aktiiviseksi toimijaksi (Ruotsalainen 2000, 7-16).

Hyvinvointiyhteiskunnassa sosiaali- ja terveystalvetuja käyttävä asiakas on osa demokraattista järjestelmää. Tässä järjestelmässä asiakkuus perustuu oikeuteen saada tiettyjä palveluja ja palvelujen tuottamista ohjaa poliittis-hallinnollinen päätöksenteko. Palvelujärjestelmää ohjataan monella tasolla (Ala-Nikkola 2003, 39). Valtakunnallisesti ohjaus tapahtuu lainsäädännön ja erilaisten kansallisten suositusten ja ohjeistusten kautta. Kunnallisella tasolla ohjaus tapahtuu strategioiden ja organisaation ohjeiden ja päätösten avulla. Asiakaslähtöisyyttä on alettu korostaa lainsäädännössä 1990-luvulta lähtien. Aikaisempaa lainsäädäntöä pidettiin liian viranomaispainotteisena. Asiakkaan asemaa on vahvistettu merkittävästi seuraavilla laeilla:

- potilasvahinkolaki vuonna 1986
- kuntalaki vuonna 1995
- laki potilaan asemasta ja oikeuksista vuonna 1992
- laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista vuonna 2000
- laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä vuonna 1994
- laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista vuonna 2005
- terveydenhuoltolaki 2012
- Ikälaki 2013

Kansallisten sosiaali- ja terveystalviittisten suositusten tarkoituksena on parantaa asiakkaan asemaa palvelujen käyttäjänä. Erityisesti ikääntyneiden kohdalla painotetaan

palvelujen laadun kehittämistä ihmisten omia voimavaroja ja omatoimisuutta tukevia toimintamalleja hyödyntäen. Palvelujen toimivuuden lisäksi kansalliset suositukset korostavat kuntalaisten osallistumisen lisäämistä, asiakkaiden tarpeiden huomioonottamista, valinnanvapauksien ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamista. Yksilöllisyyden huomioonottaminen ei tule tyydytetyksi perinteisillä vanhustenhuollon ”massapalveluilla”, vaan niiden toteuttaminen edellyttää muutoksia palvelurakenteissa sekä hoitokäytännöissä (Ala-Nikkola 2003, 39). Kotihoidon asiakaslähtöisyyden kehittäminen vaatii tuekseen järjestelmällisesti kerättyä tietoa asiakkaiden saamasta palvelusta, palvelun laadusta, tarvevastaavuudesta sekä palvelujen vaikuttavuudesta (Luoma & Kattainen 2007, 18).

Palvelujen järjestämisvastuu on kunnilla, mutta kunnallisten palvelujen rinnalla toimii muita palveluntuottajia. Tällöin puhutaan hyvinvoinnin monituottaja-mallista eli ns. welfare-mix- käsitteestä. Asiakkaan näkökulmasta tämä malli tarkoittaa verkostoa, joka vastaa hänelle kohdistettujen hyvinvointipalvelujen tuottamisesta. Tässä mallissa asiakkaan vastuu palvelujen hankkimisesta kasvaa, mutta myös valinnanmahdollisuus paranee (Ala-Nikkola 2003, 16).

Aidon asiakaslähtöisyyden kehittäminen nousee arjesta. Asiakaslähtöisyyttä voidaan kuvata myös käyttäen talouden termejä, jolloin palvelujen vaikuttavuus tarkoittaisi ihmisen tukemista arjen ongelmatilanteissa. Taloudellisuudella tarkoitettaisiin asiakasmaksujen sellaista tasoa, että ne eivät estä palvelujen käyttöä eivätkä johda asiakasta taloudellisiin vaikeuksiin. Asiakaspalvelu on tuottavaa silloin kun se on oikea-aikaista, ei yli- eikä alipalvelua. Palvelujen saatavuuden esteenä ei ole välimatkat ja niitä on saatavilla asiakkaiden tarpeiden mukaisina aikoina. Laadukkuudella asiakaspalveluissa tarkoitetaan sitä, että palvelujen kriteerit ovat läpinäkyviä ja palvelujen saatavuus on asianmukaista ja oikeudenmukaista. Onnistuneet palvelut koostuvat kaikista edellä mainituista osatekijöistä (Muuri 2008, 63)

4.2 Ammatillinen osaaminen

Osaaminen voidaan ymmärtää monella tavalla. Yksi tapa on ymmärtää osaaminen kykynä yhdistää ammattiin liittyvät tiedot ja taidot tarkoituksenmukaiseksi kokonaisuudeksi. Osaamisessa yhdistyvät tietojen ja taitojen monipuolinen ja luova

käyttö, ajattelun taidot, kyky organisoida työtä ja työskennellä ryhmässä, kyky joustaa ja mukautua muutoksiin, kyky arvioida omaa toimintaa ja osaamista sekä oppimaan oppimisen taidot (Sosiaaliportti). Ammatillinen osaaminen karttuu työtä tekemällä haasteellisessa työssä tai hankkeessa, jossa kokeneempien asiantuntijoiden ja uusien työntekijöiden yhteistyönä kehitetään uutta ja jaetaan osaamista.

Ammatillinen osaaminen on niiden tietojen ja taitojen hallintaa mitä kulloinkin työssä tarvitaan. Osaamista kutsutaan suomenkielessä myös tietotaidoksi, kompetenssiksi ja pätevyudeksi. Osaamisessa yhdistyvät tietojen ja taitojen luova ja monipuolinen käyttäminen, taito ajatella, ryhmässä työskentelyn kyky ja kyky organisoida työtä. Osaaminen on myös kykyä mukautua muuttuviin tilanteisiin ja joustaa, arvioida omia taitojaan ja omaa osaamistaan sekä oppia oppimisen taidot. Ammatillisen peruskoulutuksen opetussuunnitelman perusteissa määritellään kaikille aloille yhteinen ydinosaaminen, jonka avulla voi menestyä ja kehittyä ammatillisessa toiminnassa. Työelämässä vaadittavaa osaamista kutsutaan työelämäosaamiseksi. Yleiseen työelämäosaamiseen sisältyvät oppimistaidot, ongelmanratkaisutaidot, vuorovaikutus- ja viestintätaidot, yhteistyötaidot sekä eettiset ja esteettiset taidot (Sosiaaliportti, Lastensuojelun käsikirja).

Sosiaali- ja terveydenhuollossa ammattiosaaminen tarkoittaa sitä, että työntekijä osaa toimia säädösten, vaatimusten ja erilaisten standardien mukaisesti. Eri ammateissa sosiaali- ja terveyspalveluissa toimivien tulee suorittaa ammatin vaatima tutkinto ja omata asetuksen mukainen pätevyys tehtävään. Kehittämisoosaaminen hankitaan yleensä työelämässä ammatillisen tutkinnon suorittamisen jälkeen. Asiakslähtöiseen ajatteluun ja asiakasymmärrykseen perustuva osaaminen tarkoittaa taitoja, jotka liittyvät asiakaspalveluosaamiseen ja palvelukulttuurin kehittämiseen. Taidot opitaan pääasiassa vasta työelämässä ja tietyissä organisaatiokulttuureissa ja osaaminen tässä suhteessa on pitkälti sosiaalistumista organisaatiokulttuuriin siinä työyhteisössä, jossa kyseinen henkilö ammatissaan toimii (Stenvall & Virtanen 2012, 221–222).

Sosiaali- ja terveydenhuollossa osaamisen ja osaamisen johtamisen haasteet liittyvät ydinosaamisen ylläpitämiseen, henkilöstön pysyvyyteen ja henkilöstön saatavuuteen, kehittämiseen ja koulutuksen suunnitelmallisuuden täsmentämiseen ja hyvinvoinnin turvaamiseen. Haasteisiin vastaaminen vaatii osaamistarpeiden määrittelyä ja sitä kautta

uudenlaista oppimista sekä osaamispääoman merkityksen ymmärtämistä (Vikberg-Aaltonen 2007, 11). Henkilöstön osaamisella on suora yhteys tuotettavan palvelun laatuun.

Työyhteisötaitojen avulla työntekijä harjaantuu toimimaan työyhteisön jäsenenä. Keskeisiä työyhteisötaitoja ovat vuorovaikutustaidot ja kommunikaatiokykyyn liittyvät taidot. Kyky toimia työyhteisön arvojen mukaisesti on tärkeä osaamisen alue, samoin johtamiseen liittyvät kysymykset liittyvät kaikkien työyhteisön työntekijöiden vaatimuksiin. Työntekijä tulee osaksi työyhteisöään työyhteisötaitojen hallinnan myötä ja samalla mahdollistuu kokonaisvaltainen organisaation uudistaminen ja kehittäminen.

Oman itsensä johtaminen on osittain persoonaan liittyvä kysymys ja toiset pystyvät toimimaan kiireessäkin työtehtäviensä hoitamisessa suunnitelmallisesti ja toisilla on jatkuva kaaos. Toiset hahmottavat laajojakin tehtäväkokonaisuuksia ja he osaavat hahmottaa oman tehtävän osana laajempaa kokonaisuutta, toisille oman työn kytkeminen osaksi isompaa kokonaisuutta on vaikeaa. Tästä johtuen oman työtehtävän merkitys työyhteisössä jää työntekijälle vieraaksi, aiheuttaen työyhteisössä stressiä ja työilmapiirin huononemista. Työssä tapahtuvan osaamisen vahvistaminen on tärkeää kehittämiskulttuurin rakentamisessa ja vahvistamisessa sosiaali- ja terveyspalveluita tuottavissa organisaatioissa (Stenvall ym. 2012, 222–223).

Osaamisen sisältöä määritellään viiden käsitteen avulla, joita ovat motiivit, yksilölliset ominaisuudet, käsitys itsestä ja tiedot sekä taidot. Motiivit johdattavat käyttäytymistä, joko tietoisesti tai tiedostamattomasti, tiettyjen tavoitteiden ja pyrkimysten suuntaan. Yksilölliset ominaisuudet määräävät yksilön tilanteesta riippumattoman reagoitokyvyn ja reagoituvuuden käsiteltävään tai vastaanotettavaan tietoon tai ympäristöstä tuleviin ärsykkeisiin. Omat arvot ja asenteet muokkaavat käsitystä itsestä ja ohjaavat käyttäytymistä ja arvottavat suhtautumista ympäristöön. Tieto on spesifiä tietämystä, josta ennustetaan todellinen osaaminen. Tieto on myös tilannesidonnaista, kun sitä osataan hyödyntää ja soveltaa tilanteeseen sopivalla tavalla. Taitojen avulla yksilö saa aikaan konkreettisia tai abstrakteja tuloksia, esimerkiksi kokousmuistion tai päätöksen (Hätönen 2011, 10–11).

Työelämäosaaminen on työelämässä yleisesti tarvittavaa osaamista, joka hankitaan yleensä peruskoulutuksessa. Ylitornion kotihoidossa työskentelee eri ammattiryhmiä kuten terveydenhoitajia, sairaanhoitajia, lähihoitajia, kodinhoitajia ja kotiavustajia, joiden ammatillisen koulutuksen tuottama osaaminen poikkeaa toisistaan huomattavasti. Terveydenhoitajan osaamisalueisiin kuuluvat hoitotyön osaaminen, terveyden edistäminen sekä terveydenhoitotyön ja kansanterveystyön asiantuntijuus. Hän toimii alueensa ja sen väestön terveyden, turvallisuuden ja hyvinvoinnin edistäjänä ja ylläpitäjänä. Hän tukee ja vahvistaa ihmisen omia voimavaroja ja selviytymistä arjessa.

Sairaanhoitajan työn edellyttämä hoitotyön osaaminen kattaa seuraavat vastuualueet: ammattieettinen toiminta ja vastuu potilaan oikeuksista, hoitotyön teoreettinen perusta, työn sisältö. Sairaanhoitaja tehtävänä on koordinoida potilaan hoitoa, olla kokonaisvastuussa potilaan koko hoitoketjusta sekä olla vastuussa hoitoon osallistuvan ryhmän johtamisesta. Sairaanhoitaja osaa hoitaa potilasta myös vaativissa hoitotilanteissa, sekä suorittaa erilaisia tutkimuksia ja hoitoja ja hallita niiden menetelmiä. Terveydenhoitajan ja sairaanhoitajan tulee tarvittaessa osata ohjata ja opastaa potilasta ja omaisia terveyden edistämiseen ja sairauksien ehkäisemiseen sekä osata ohjata opiskelijoita (STM, Sairaanhoitajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa).

Vakinaistetun lähihoitajakoulutuksen opetussuunnitelma vahvistettiin ja koko lähihoitajakoulutus vakinaistettiin vuonna 1995. Ensimmäiset lähihoitajat valmistuivat myös 1995 kokeiluina aloitetuista koulutuksista. Aikaisemmat terveydenhuoltoalan koulutukset kuten perushoitaja, lastenhoitaja, mielenterveyshoitaja, kuntahoitaja, jalkojenhoitaja, hammashoitaja ja lääkintävahtimestari-sairaankuljettaja sekä sosiaalialan tutkinnot kuten kodinhoitaja, päivähoitaja ja kehitysvammaistenhoitaja väistyivät yhdistetyn sosiaali- ja terveystieteen perustutkinnon myötä. Lähihoitajien asema on määritelty sosiaalihuoltoon annetussa kelpoisuuslaissa ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskevissa säädöksissä. Lähihoitajat työskentelevät perushoitotyössä eri palvelusektoreilla lastenhoidosta vanhustenhoitoon. Paula Risikko määrittelee eettisen osaamisen lähihoitajan kaikkein tärkeimmäksi ammattitaidon osatekijäksi. Eettinen osaaminen muodostuu perusarvoista kuten ihmisarvon kunnioittamisesta, itsemääräämisoikeuden kunnioittamisesta sekä yksilöllisyydestä ja tasa-arvosta. Kun

lähihoitaja tekee työtään vahvasti eettiseen perustan avulla, hän ymmärtää myös muun osaamisen merkityksen työssään (Ojala 2008, 13, 182).

Kotihoidon työntekijän ammatilliseen osaamiseen kuuluu sosiaali- ja terveysalan palveluiden tunteminen ja niiden toimintatavat, että hän osaa ohjata asiakasta erilaisten palveluiden käytössä. Yhteistyötaidot eri toimijoiden kanssa ovat myös tärkeitä, koska työntekijä joutuu toimimaan monien eri ammattiryhmien kanssa. Kotihoidon työntekijän tulee tuntea oman organisaation rakenne, arvot, strategiat, toimintatavat, toiminta-ajatukset, tavoitteet ja erilaiset toimintaohjeet, koska ne ovat työn perusta niin asiakastyössä kuin yhteistyökumppaneiden kanssa työskenneltäessä. Kotihoidon hoitajan työ on kokonaisvaltaista, hänen hoitotyön tietoperustan ydintä tulee olla hoitotieteellinen tieto ihmisestä, terveydestä, ympäristöstä ja hoitotyöstä, sekä yhteiskuntatieteellinen tieto ihmisestä sosiaalisena toimijana (Ikonen & Julkunen 2007, 149).

Kotihoitotyö on sairautta ehkäisevää tai parantavaa, kuntouttavaa ja kärsimystä lievittävää sekä terveyttä edistävää työtä, jossa tarvitaan kokonaisuuksien hahmottamista sekä päivittäisten että pidempikestoisten prosessien hallintaa. Työhön kuuluu arviointia ja asiakkaan hoidon- ja palvelun suunnittelua palvelu- ja hoitosuunnitelman avulla. Hoitajan tulee hallita työtehtävät, että hän voi eri keinoin hoitaa asiakasta, pitää huolta asiakkaastaan ja käyttää oikein asiakkaan hoitamisessa tarvittavia välineitä ja materiaaleja. Yhtenä mallina kotihoitotyön jäsentämisessä voidaan käyttää Roper-Logan-Tierneyn mallia asiakkaan elämisen toimintoja mahdollistavina tai tukevinä hoitotoimintoina (Ikonen & Julkunen 2007).

4.3 Laatu kotihoidon palveluissa

Suomessa on palvelujen laatu ollut kehittämisen kohteena sekä julkisella että yksityisellä sektorilla jo vuosikymmeniä. Laadun kehittäminen nähdään tärkeänä toiminnan kehittämisessä. Laatu käsitteenä on moniulotteinen, joten sille on vaikea antaa yhtä ainoaa objektiivista määritelmää. Laadun arviointia ja kehittämistä varten se on kuitenkin määriteltävä. Laatua määriteltäessä on merkitystä sillä, kenen näkökulmasta laatua kulloinkin tarkastellaan. Laadun määrittely on aina kontekstisidonnaista ja ajassa elävää. Palveluiden laadun tulisi olla tasapainossa

korostaen käyttäjän kokemusta palvelusta, mutta ei liikaa mitään tiettyä osa-aluetta painottaen. Kultainen keskitie löytyy kaikki laadun eri näkökulmat huomioimalla (Mäki 2004, 25; Voutilainen 2007, 13).

Kotihoidossa tärkeimmät osapuolet laadun määrittelyn näkökulmasta ovat asiakkaat (palvelujen käyttäjät) ja tuottajat sekä toimintaa johtavat ja poliittisia päätöksiä tekevät tahot. Kotihoidon laatua voidaan arvioida eri tasoilla:

- asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutuksen taso (jolloin tarkastellaan asiakkaan tarpeiden ja odotusten sekä työntekijöiden kohtaamisen tasolla)
- työyksikön ja organisaation taso (jolloin tarkastellaan, miten hyvin asiakkaiden tarpeet ja työyksikön / koko organisaation tarjoamat palvelut vastaavat toisiaan)
- Yhteisön taso (jolloin tarkastelussa otetaan huomioon alueen; maakunnallisesti / seutukunnallisesti tarjoamat palvelut sekä asukkaiden ja sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden tarpeet)
- yhteiskunnan taso (jolloin tarkastellaan väestön tarpeiden, sosiaali- ja terveystalouden tavoitteiden sekä poliittisen päätöksenteon vastaavuutta).

Laatua voidaan siis arvioida monesta eri tasosta. Palvelujen laatua voivat arvioida myös eri tahot; palvelujen käyttäjät, palvelujen tuottajat tai ulkopuolinen taho. Laatua tulee arvioida monesta eri näkökulmasta. Asiakkaiden näkemykset palvelun laadusta perustuvat joko mielikuvaan tai kokemukseen. Koetun laadun ilmentymänä voidaan pitää asiakastyytyväisyyttä.

Kotihoidon laadun arvioinnissa tulee ottaa huomioon erityispiirteitä, jotka liittyvät vain kotihoitoon. Ensimmäinen huomioonotettava seikka on eri osapuolten (asiakkaat, omaiset/läheiset, kotihoidon henkilökunta, johtajat, poliittiset päättäjät) erilaiset odotukset laadun suhteen, joiden yhteensovittaminen on toisinaan vaikeaa. Kotihoidon asiakasryhmät ovat hyvin heterogeenisia, jolloin tarpeet ovat hyvin erilaisia ja jotka tarvitsevat hyvin erilaisia palveluja. Myös kodit, joissa palvelua annetaan, ovat hyvin erilaisia. Vuorovaikutukselliset tekijät korostuvat kotihoidossa. Vuorovaikutukseen liittyviä laatutekijöitä on vaikea mitata. Kotihoidosta puuttuu yhtenäinen laatukriteeristö ja –indikaattorit, joten vertailu esimerkiksi kuntien välillä ei ole mahdollista (Voutilainen 2007, 13–14).

Julkisen sektorin järjestämisvastuulle kuuluvan kotihoidon laatua linjataan lakien, asetusten, valtakunnallisten tavoite- ja toimintaohjelmien, suositusten ja muiden sosiaali- ja terveystieteellisten asiakirjojen avulla. Kansalliseksi tavoitteeksi on asetettu ikäihmisten itsenäisen suoriutumisen ja kotona asumisen tukeminen riittävän tuen turvin. Laadukas kotihoito on määritelty seuraavien tekijöiden summaksi:

- asiakaslähtöisyys
- kattava palvelutarpeen arviointi
- tavoitteellista ja säännöllisesti arvioitua
- asiakkaan toimintakykyä ja kuntoutumista edistävää toimintaa
- toteutetaan yhteistyössä asiakkaan, hänen omaistensa ja läheistensä ja eri palveluntuottajien ohjaamana
- hyvien käytäntöjen ja tutkimustiedon hyödyntäminen palvelujen suunnittelussa ja kehittämisessä (Voutilainen 2007, 14–15; Paljärvi 2012, 29–30).

Laatuajattelussa on yksinkertaisesti kysymys siitä, että työ tehdään paremmin. Paremmen tuloksen saavuttamiseksi on ensin määriteltävä mitä on hyvä työ, mikä siinä on olennaista, mistä se koostuu ja miten sitä voidaan luotettavasti mitata. Laadukas asiakastyö edellyttää reflektiivisyyttä, oman työn jatkuvaa tarkastelua sekä toiminnan perusajatuksen ymmärtämistä (Ihalainen & Kettunen 2011, 51–52).

4.4 Asiakas laadun kehittäjänä

Tuotteiden ja palvelujen, jotka täyttävät asiakkaan toiveet ja mieltymykset, uskotaan olevan myös korkealaatuisia. Laatu on asiakkaan oma, todellinen ja subjektiivinen näkemys ja kokemus tuotteesta tai palvelusta verrattuna hänen odotuksiin ja vaatimuksiin. Asiakaskeskeisestä näkökulmasta laatua tarkasteltaessa, suorite tai palvelu ei välttämättä ole korkealaatuinen, vaikka se olisikin teknisesti täysin virheetön ja vastaisi täysin määrättyjä kriteereitä. Sen pitää tyydyttää asiakasta siinä tilanteessa ja vastata hänen tarpeisiinsa ja vaatimuksiinsa. Asiakastyytyväisyys tai – tyytymättömyys muodostuu siitä, kuinka asiakas kokee toteutuksen onnistuneen. Kun asiakkaan ennako-odotukset, vaatimukset ja tarpeet onnistutaan täyttämään tai ylittämään, on asiakas tyytyväinen saamansa palveluun ja palvelu on hänen mielestään laadukasta. Jos

kokemus palvelusta on odotuksia huonompi, on palvelu asiakkaan mielestä heikkolaatuista (Tervonen 2001, 20–30).

Odotukset palvelusta ja palvelun laadusta ovat yksilöllisiä, ja niihin vaikuttaa lisäävästi tai vähentävästi asiakkaan aikaisemmat kokemukset eri tilanteissa. Palvelun laadun määrääviksi tekijöiksi nostetaan luotettavuus, ammattitaito, myönteisyys, saavutettavuus, uskottavuus, turvallisuus, viestintä, asiakkaan ymmärtäminen ja tunteminen sekä aineelliset asiat. Palvelutilanteissa palvelun laatua leimaa tilannekohtaisuus ja ainutkertaisuus. Asiakas voidaan kohdata nopeasti ja yllättäen ja palvelua tarjoava inhimillinen tekijä, ihminen, on ratkaisevassa roolissa tilanteessa. Palvelun laadukas ja menestyksellinen hoitaminen vaatii työntekijältä monipuolista ammattitaitoa ja kykyä. Hänen täytyy aistia nopeasti asiakkaan tarpeet, hallita tehtävänsä hyvin, omata sujuva viestintätaito ja panostaa kaikella tapaa tehtäviensä hoitoon (Tervonen 2001, 75–80).

Asiakkaiden kokema laatu ei aina vastaa odotuksia ja se voi johtua usein siitä, että johto ei ole tarpeeksi tietoinen asiakkaiden tarpeista ja odotuksista. Myös johdon sitoutumattomuus asiaan ja resurssipula, sekä palveluhenkilöstön vaihteleva toimintakyky vaikuttaa tuotettavan palvelun laatuun. Pettynyt asiakas ei helposti usko, että palvelu olisi parempaa seuraavalla kerralla ja hänen odotuksensa palvelujen suhteen ovat alhaiset (Tervonen, 2001, 98).

Laadun kehittäminen ilman asiakasnäkökulmaa ei ole laatutyötä ja tämän vuoksi asiakkaan äänen kuuntelemisella hankittu tietopohja laadun kehittämisessä on välttämätön. Palvelun laadun arvioinnin lähtökohtana julkisessa organisaatiossa on ”virallisten tavoitteiden” lisäksi asiakkaiden ja sidosryhmien odotukset ja kokemukset palveluista. Palvelujen laatua kehitettäessä tulee hankkia tietoa asiakkaiden ja sidosryhmien kokemuksista palveluista. Asiakkaat tekevät päätöksiä ja arvioivat palvelua kokemustensa ja heille näkyvien tekijöiden valossa ja on järkevää valita palvelujen kriteerit näiden tekijöiden puitteissa. Palvelun laatua arvioitaessa asiakasnäkökulmasta on syytä keskittyä asiakkaalle näkyviin ydin- ja lisäpalveluihin ja asiakkaille asiointiprosessissa näkyviin tekijöihin (Oulasvirta 2007, 19–25).

Julkisella sektorilla toiminnan keskeisiä periaatteita ovat yhteisölliset tavoitteet ja näkökulmat. Toiminta ohjautuu tietyn väestöryhmän tai yhteisön tarpeista käsin. Julkisella sektorilla hyvinvointipalveluja järjestettäessä on myös kyse yhtenäisin perustein, yhteisin verovaroin kustannetuista palveluista, jotka on tarkoitettu tietyille asiakkaille tietyin kriteerein. Julkisen sektorin tuottama palvelu ei voi tämän vuoksi perustua täysin asiakaslähtöisyyteen vaan julkisen sektorin palvelulle asetetaan tietyt reunaehdot, joiden puitteissa tuotettavan palvelun laatu muodostuu. Julkisen hallinnon yhteisöllinen näkökulma vaikeuttaa yksilön toivoman asiakaslähtöisen palvelun toteutumista (Oulasvirta 2007, 52–53).

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus (2008) painottaa kuntalaisten tasavertaista osallisuutta ja mahdollisuutta osallistua palvelujen laadun kehittämiseen. Asiakkaan rooli nähdään aktiivisimmillaan palvelujensa laadun kehittäjänä, jolloin asiakas asettaa palveluilleen laatutavoitteita, suunnittelemalla palvelun toteutusta ja arvioimalla palvelua voimavarojensa mukaisesti. Asiakaspalautetta tulee kerätä säännöllisesti ja kaikille palvelun käyttäjille, myös heikompikuntoisille, pitää antaa mahdollisuus välittää kokemuksiaan palvelusta. Jokaisella asiakkaalla on palvelussa kokijan rooli ja asiakastyytyväisyysmittausten tai omaisten palautteen kautta hän voi tuoda julki mielipiteitään palvelun laadusta. Saatu asiakaspalaute tulee hyödyntää palvelujen suunnittelussa ja toteutuksessa (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 14–15).

4.5 Palvelu

Palvelu on toiminta tai toimintojen yhdistelmä, jonka palvelun tarjoaja toteuttaa vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa vastatakseen asiakkaan tarpeeseen. Palvelu voidaan määritellä myös aineellisen tai aineettoman hyödykkeen tuottamisena asiakkaalle tai asiakkaille. Palvelutuote on vakioitu ja dokumentoitu palveluun perustuva tuote, jonka dokumentoinnissa voidaan hyödyntää palvelukonseptia eli palveluidean kuvausta ja toimintaperiaatetta palvelutuotteen tuottamiseksi. Palvelusopimus on palvelun tilaajan ja tuottajan välinen sopimus palvelun tuottamiseen, sisältöön ja ehtoihin liittyvistä asioista. Palvelutuotanto on organisoitu toiminta palvelun tai palvelujen tuottamiseksi, jotta ne täyttävät palvelusopimuksessa mainitut velvoitteet (Tekes).

Palvelujen tavoitteena on vastata palvelun käyttäjän tarpeeseen tai ongelmaan. Palvelua tuotetaan esimerkiksi sen vuoksi, että voidaan edistää ikäihmisen toimintakykyä kotona asumisessa. Jotkut palvelut voivat perustua yhteiskunnan tarpeisiin, kuten esimerkiksi poliisipalvelut, joilla huolehditaan yhteiskunnan turvallisuudesta. Keskeisiä palveluihin liittyviä käsitteitä ovat palvelujen tarjonta ja kysyntä. Kysyntä kuvaa sitä, millaisia palveluja tarvitaan ja tarjonta palvelujen tuotantoa ja valikoimaa. Kysyntä kuvaa ihmisten tarpeita, odotuksia ja tottumuksia, johon vaikuttavat elintavat ja arvot. Palvelujen käyttäjälle palvelut tuottavat konkreettisia hyötyjä ja kokemuksia, eikä palvelujen tarjonta ole irrallaan palvelujen kysynnästä. Palvelujen kysyntää voidaan lisätä tarjontaa lisäämällä ja myös palvelujen kysyntä vaikuttaa tarjontaan varsinkin kaupallisesti tuotetuissa sosiaali- ja terveystaloudissa (Stenvall ym. 2012, 43–45).

Julkisrahoitteisissa palveluissa kysyntään ja tarjontaa liittyy erityispiirteitä, koska palvelut perustuvat poliittisten päätöksentekijöiden tekemiin ratkaisuihin, kuten lainsäädäntöön. Sosiaali- ja terveystaloudia ei voi ohjalla liiketoimintaperiaatteella toimivien yritysten tavoin. Työntekijät eivät voi valita asiakkaitaan, markkinoita tai ohjata palvelujen kysyntää, vaan asiakkaat tulevat tavallaan ”annettuina”. Julkisia palveluja on tarjottava usein henkilölle, joka täyttää palvelun saamisen ehdot ja sen vuoksi palvelun kysynnän ennakointi julkisissa palveluissa on haasteellista. Monen julkisen palvelun tavoitteena on ratkaista ongelmia ja vähentää sen seurauksena palvelujen kysyntää, joka poikkeaa yksityisen palvelun logiikasta, jossa yksityisen palveluntarjoajan yritystoiminnan ytimessä on palvelukysynnän kasvattaminen.

Ennaltaehkäisevien palvelujen perusteena voisi olla sellaisen palvelun ja toiminnan tuottaminen, jonka seurauksena julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon kysyntä vähenee, aiheuttaen toiminnallisia säästöjä ja kustannusten vähentymistä. Palvelujen keskeinen ominaisuus on aineettomuus, joka liittyy palvelujen vuorovaikutteiseen toteuttamiseen, tässä ja nyt tapahtuvaan kohtaamiseen. Käytännössä palvelun ja tuotteen ero vaikeasti määriteltävissä, joka näkyy arkipuheen tasolla puhuttaessa palvelutuotteesta. Joihinkin palveluihin voi liittyä konkreettisia palvelutuotteita esim. potilastilanteisiin liittyvät raportit (Stenvall ym. 2012, 46–47).

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä palvelujen jakaminen perustuu kansalaisten oikeuksiin, lainsäädäntöön ja jossakin määrin tarveharkintaan. Palvelujen tuottaminen ja jakaminen eivät voi olla sattumanvaraista. Palvelun omistusoikeus ei yleensä siirry eikä palvelua voi myydä edelleen. Palvelua ei voi esitellä tehokkaasti ennen ostoa, eikä sitä voi varastoida eikä kuljettaa. Palvelun kulutus ja tuotanto ovat samanaikaisia prosesseja, palvelun myynti, tuotanto ja kulutus ovat samassa paikassa. Palvelussa tuottajan ja kuluttajan välinen suhde on suora ja myös asiakas osallistuu suoraan palvelun tuottamiseen (Stenvall ym. 2012, 47–49).

Kunnat järjestävät asukkailleen erilaisia sosiaali- ja terveystalvaeluita. Ne ovat kaikille ihmisille tarkoitettuja palveluja. Sosiaalipalveluja ovat sosiaalityö, asumispalvelut, kotipalvelu, kasvatus- ja perheneuvontaperhehoito, vammaisten henkilöiden työllistymistä tukevan toiminta ja työtoiminta ja lapsen elatusavun vahvistaminen. Lisäksi kunta järjestää erityislakien mukaiset sosiaalipalvelut, jota on mm. omaishoidon tuki, lasten päivähoito, vammaispalvelut, päihdepalvelut ym. Väestön terveydenhuollon perustan muodostaa perusterveydenhuolto, jota täydentävät ja tukevat erikoissairaanhoido, työterveyshuolto ja ympäristöterveydenhuolto.

Lähtökohtana on, että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestäminen on kuntien vastuulla. Kunta voi tuottaa palvelut yksin, yhdessä muiden kuntien kanssa, tarjoamalla palveluseteliä tai ostamalla palvelut yksityisiltä palveluntuottajilta. Ikääntyneiden terveystalvaelut järjestetään terveydenhuoltolain (1325/2010), kansanterveyslain (66/1972) ja erikoissairaanhoidolain (1062/1989) perusteella. Sosiaalihuollon avo- ja laitospalvelut sosiaalihuoltolain (710/1982) perusteella. Lisäksi on muita säädöksiä esim. laki omaishoidon tuesta (937/2005), laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (380/1987), laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) ja laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (734/1992) (Ihalainen & Kettunen 2011, 145).

Kotihoidon palvelut ovat osa ikääntyneille tarkoitettuja sosiaalipalveluja. Kotihoidon palvelut jakaantuvat hoiva ja sairaanhoidopalveluun sekä erilaisiin tukipalveluihin. Hoiva ja sairaanhoidopalvelut sisältävät pitkäaikaissairauksien hoitoa, seurantaa, ohjausta, opetusta ja neuvontaa, lääkehoidosta huolehtimista, sekä näytteiden ottoa ja muita sairaanhoitoon liittyviä toimenpiteitä. Kotihoidon palveluihin kuuluu myös

tarvittaessa asiakkaiden henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtiminen, avustaminen asioinnissa ja ulkoilussa, ravitsemuksesta huolehtiminen ja kotihoidon tukipalvelujen käytössä ohjaaminen. Kotihoidon palveluja voidaan antaa joko tilapäisesti tai jatkuvasti ja eri vuorokauden aikoina (Ihalainen ym. 2011, 149).

Kotona asumista tukevia palveluja ovat asunnon muutostyöt, kuljetuspalvelu, apuvälineet, turvapalvelut, ateria- ja kauppapalvelut, siivouspalvelut, sauna- ja kylvetyspalvelut, vaatehuolto, päivätoimintapalvelut, kotisairaalahoido, omaishoidon tuki ja lyhytaikaiset hoito- arviointi ja kuntoutusjaksot laitoksessa. Tukipalvelujen tarkoituksena on tukea ja täydentää läheisten ja kotihoidon työntekijöiden suorittamia palveluja (Ihalainen ym. 2011, 152).

5 KEHITTÄMISHANKKEEN TULOKSET

5.1 Bikva-mallin käytännön toteutus

Kehittämistehtävä toteutettiin hyödyntäen Bikva-arviointimallia (Kuvio 8), jonka lähtökohtana ovat asiakkaiden näkemykset ja kokemukset palvelujen laadusta ja vaikuttavuudesta. Merkittävää ja arvokasta mallissa on, että siinä asiakkaiden näkemykset otetaan kehittämistyön välineeksi. Mallin avulla on mahdollista saada asiakkailta todellista tietoa. Asiakkaalla on kehittämisessä keskeinen rooli ja vuoropuhelu asiakkaiden ja julkisen organisaation välillä antaa arvokasta tietoa tulevaisuuden vaatimuksista ja valinnoista. Bikva-arviointimenetelmä on neliportainen, joka etenee ”alhaalta ylöspäin”. Prosessi etenee tässä kehittämishankkeessa kotihoidon asiakaskyselyistä kotihoidon henkilöstön haastatteluun ja kyselyihin, sekä johdon ja poliittisten päättäjien teemahaastatteluihin.

Kotihoidon asiakaskysely suoritettiin marraskuu 2012-tammikuu 2013 välisenä aikana. Kyselyyn osallistui 31 säännöllisen kotihoidon asiakasta eri puolilta kuntaa. Kyselyn asiakkaat valittiin ikäryhmästä vuonna 1917–1932 syntyneistä ikäihmisistä, jotka saavat kotihoidon palvelua vähintään kaksi kertaa vuorokaudessa. Ikäryhmästä oli säännöllisen kotihoidon asiakkaita 51 henkilöä, joista haastateltavat valittiin siten että kunnan eri alueiden asiakkaiden mielipide tuli kuulluksi. Osa haastatteluun valituista ehti poistua kotihoidon palveluiden piiristä joko siirtymällä laitoshoitoon, palveluasumiseen tai kuoli. Kaksi asiakasta ei halunnut osallistua kyselyyn.

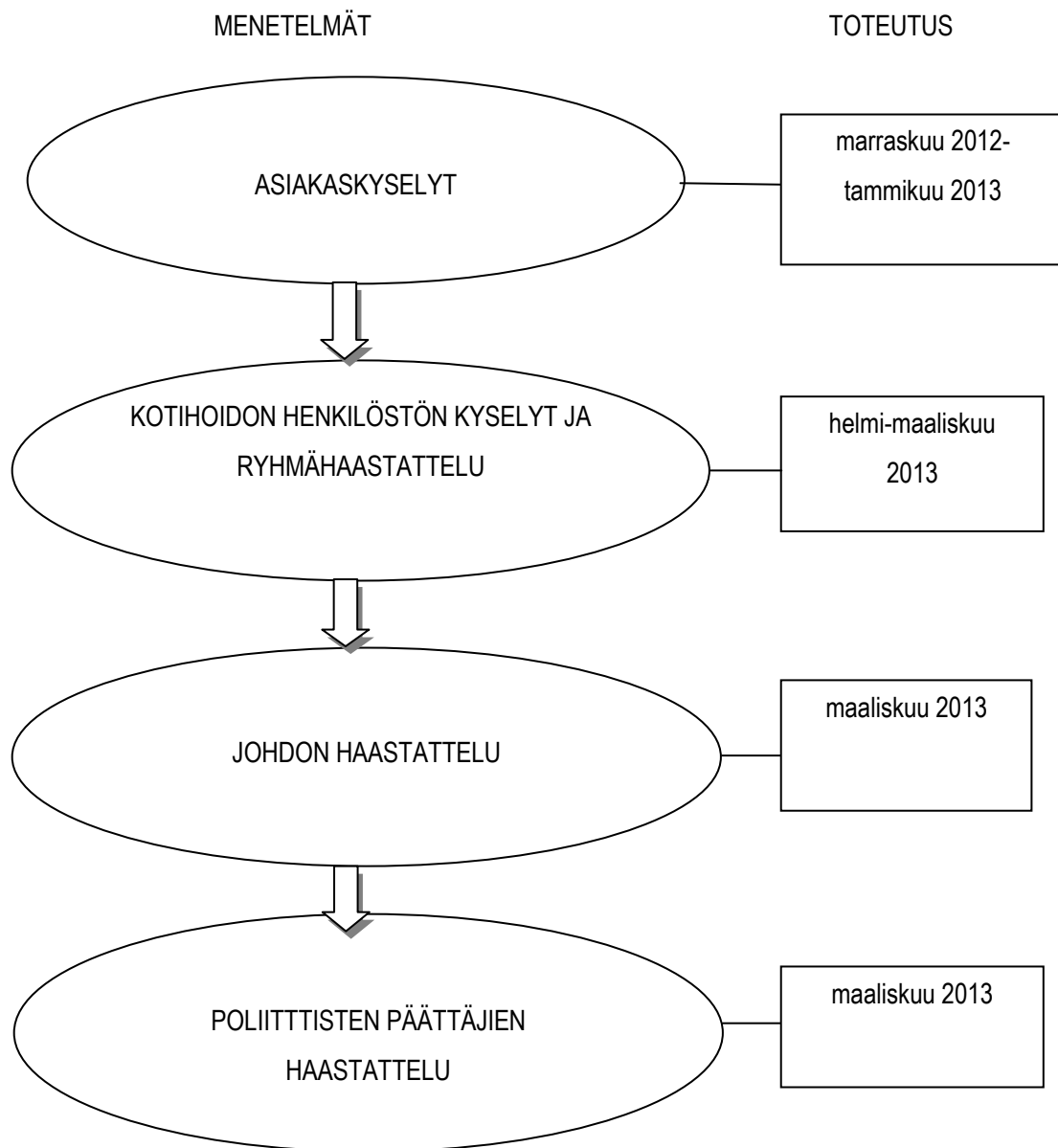
Neljä asiakasta vastasi kyselyyn itse, kolmella oli omainen avustanut vastaamisessa ja 24 asiakkaan kyselyn toteuttamisesta vastasi yksi kotihoidon työntekijä sekä tämän opinnäytetyönä tehtävän kehittämistyön tekijät. Kyselyn toteuttajaksi valikoitui marraskuussa aloittanut työntekijä, koska oletuksena oli, että hän saa uutena työntekijänä totuudenmukaisemmat vastaukset kuin vanhemmat työntekijät. Kyselylomakkeen mukana oli tiedote kyselyn tarkoituksesta, joka samalla toimi suostumuslomakkeena haastatteluun. Asiakkaat osallistuivat mielellään haastatteluun ja toivoivat, että haastattelun tulokset kehittäisivät kotiin tuotettavia palveluita.

Kotihoidon asiakaskyselyn toteuttajina palvelujen järjestämisestä vastaavat vanhustyönjohtaja ja entinen kotipalvelun ohjaaja eivät olleet parhaat mahdolliset, koska palveluiden järjestäminen ja saanti henkilöityi heihin. Haastateltavat asiakkaat mielsivät kyselyn palvelujen tarpeen arvioinniksi ja jotkut heistä kyselivät, milloin ja miten he saavat kyselyssä mainittuja palveluja.

Seuraavassa vaiheessa kotihoidon työntekijöille laadittiin kyselylomake ja teemahaastattelu toteutettiin kotihoidon tiimipalaverissa. Kyselyyn vastasi 20 työntekijää ja teemahaastatteluun osallistui 10 haastatteluajankohtana työvuorossa ollutta työntekijää. Kyselylomake laadittiin, jotta myös niiden mielipide saatiin, jotka eivät olleet työvuorossa. Asiakkailta saatu palaute käytiin teemahaastattelussa yhdessä läpi. Työntekijöiden kanssa pohdittiin Ylitornion kotihoidon nykyisiä työkäytäntöjä sekä niiden asiakaslähtöisyyttä.

Bikva-mallin mukainen kolmas haastattelukierros tehtiin kunnan johdolle yksilöhaastatteluina. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Haastateltavina olivat kunnanjohtaja, hallintojohtaja ja perusturvajohtaja. Heidän kanssaan keskusteltiin asiakas- ja työntekijähaastattelujen tuloksista ja nykyisestä kotihoidon tuottamismallista. Heidän mielestään aihe on ajankohtainen, koska kunnan täytyy miettiä uudelta pohjalta vanhustenhuollon järjestämistä ja kotihoidon kehittämistä siten, että sen vaikuttavuus kotona asumisen tukemisessa lisääntyy.

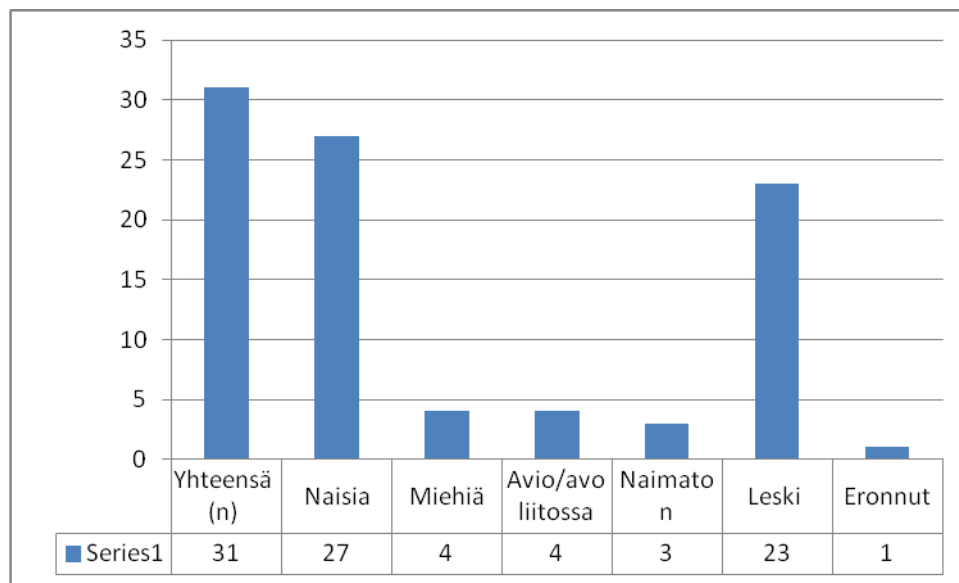
Neljäs haastattelu tehtiin Bikva-mallin mukaisesti poliittisille päättäjille. Kunnanvaltuuston ja -hallituksen puheenjohtajien haastattelut tehtiin yksilöhaastatteluina ja perusturvalautakunnan haastattelu ryhmähaastatteluna. Kaikki haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Haastatteluissa käytettiin samaa teemahaastattelurunkoa, kuin kunnan johdon haastatteluissa oli käytetty. Lisäksi heidän kanssaan keskusteltiin lautakunnan mahdollisuuksista ja poliittisesta tahdosta kotihoidon kehittämiseen. Asiakaskyselyn analysoinnin tukena on käytetty aiheesta tehtyjä tutkimuksia (Vaarama 2006, Tenkanen 2003, Tepponen 2009).



Kuvio 8. Tutkimusprosessi

5.2 Asiakaskyselyn tulokset

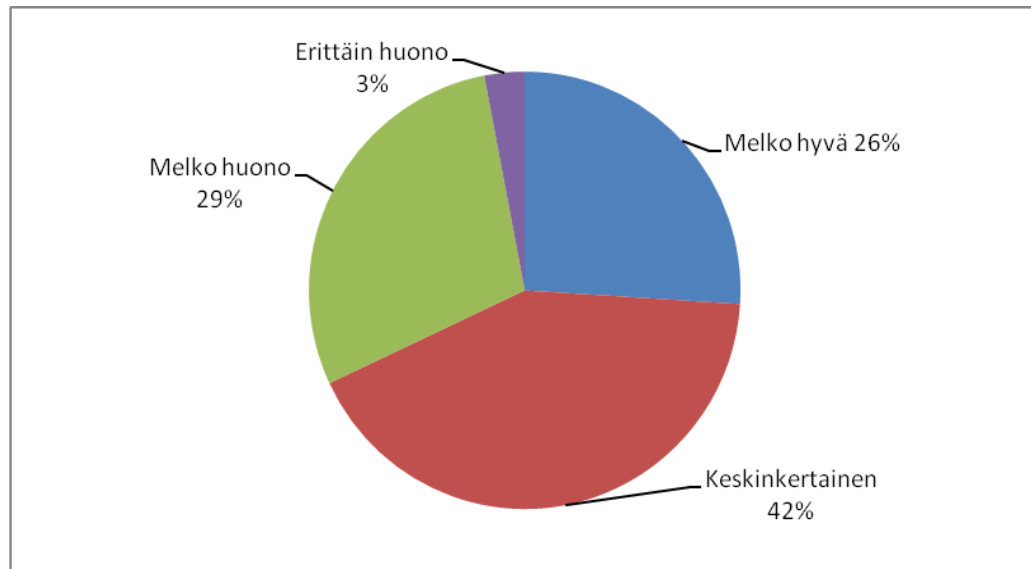
Kyselyyn vastasi yhteensä 31 säännöllisen kotihoidon piirissä olevaa asiakasta, joista oli 27 naista ja 4 miestä. Vastanneista 3 oli naimattomia, 4 avo- tai avioliitossa, 1 eronnut ja 23 leskeä (Kuvio 9).



Kuvio 9. Vastaajaprofiili

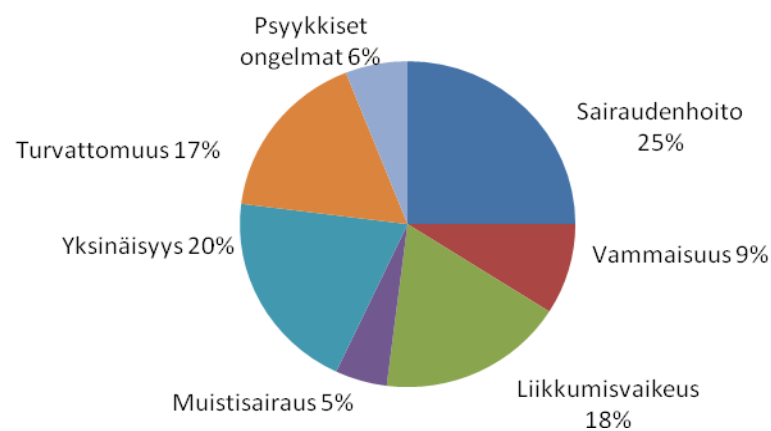
Kyselyyn vastanneista kotihoidon asiakkaista kukaan ei kokenut terveydentilansa olevan erittäin hyvän, 8 ilmoitti terveydentilansa olevan melko hyvän, 13 keskinkertaisen, 9 melko huonon ja 1 erittäin huonon (Kuvio 10).

Ikäihmisen koettu terveydentila on yhteydessä hänen terveyteensä ja sairauksiinsa, toiveisiinsa ja asenteisiinsa sekä tekijöihin, jotka haittaavat suoriutumista arkiaskareista (Nummijoki 2009, 89). Suomalaisten hyvinvointitutkimuksessa vuodelta 2006 ikääntyneiden kokeman terveyden ja fyysisen toimintakyvyn todettiin parantuneen vuodesta 1998 vuoteen 2004. Tyytyväisyys omaan terveydentilaan oli yleisempää nuoremmissa ikäryhmissä ja tyytymättömyys alkoi lisääntyä 85 vuotta täyttäneillä. Varhain annettu tuki kotona asumiseen myöhentää vaativampien palvelujen tarvetta (Vaarama & Luoma & Ylönen 2006).



Kuvio 10. Asiakkaiden kokemus terveydentilastaan

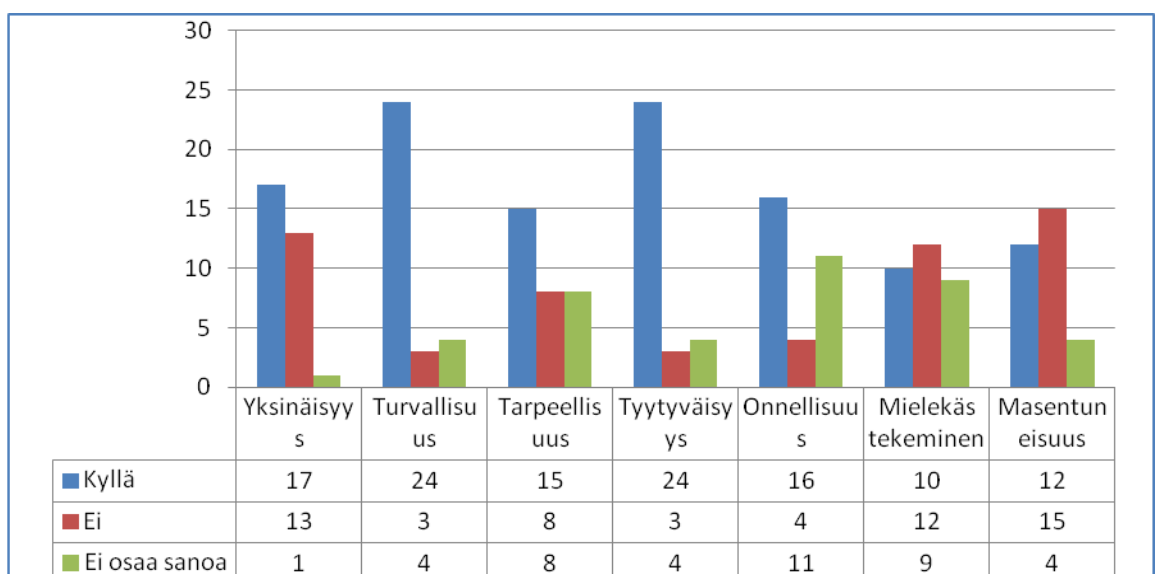
Yli puolet, 16 (Kuvio 11) henkilöä kertoi kotihoidon kotikäynnin syyn olevan sairaudenhoidossa avustaminen, 6 vammaisuuden (näkö, kuulo), 12 liikkumisvaikeudet ja 3 muistisairauden. 13 vastanneista kertoi kokevansa itsensä yksinäiseksi ja 11 tuntevansa olonsa turvattomaksi ja 4 asiakkaan kotihoidon käynnin syy oli psyykkiset ongelmat esim. masennus. Asiakkaat ilmoittivat useamman syyn kotihoidon tarpeeseen, jotka kirjattiin kaavioon. Kaavion prosenttiluvut suhteutettiin vastausten määrään, joita oli 65 kappaletta.



Kuvio 11. Käynnin syy asiakkaiden kokemana prosentuaalisena jakaumana (n 31)

Asiakkaiden haastatteluista kävi ilmi (Kuvio 11), että kotihoidon asiakkuudet alkavat terveydentilan ja toimintakyvyn heikentymisen seurauksena. Asiakkaat kokivat myös runsaasti yksinäisyyttä ja turvattomuutta, jonka he myös ilmoittavat kotihoidon käyntien syyksi. Aikaisempien tutkimusten (Vaarama 2004, 164) mukaan korkea ikä, sairaudet, toimintakyvyn heikkeneminen, mutta myös psyykkinen toimintakyky, sosiaalisten suhteiden toimivuus, asunnon- ja asuinympäristön esteettömyys sekä pitkät palveluetaisyydet liittyvät kotihoidon palvelun käytön alkamiseen. Vanhustutkimuksissa toimintakyvyn näkökulma liitetään toimintaedellytysten arviointiin. Käsitys toimintakyvystä on laajentunut; sairauksien rinnalle on nostettu fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky. Itse arvioitu terveydentila kuvaa yleensä hyvin toimintakyvyssä ennakoitavissa olevia ja jo tapahtuneita muutoksia.

17 kotihoidon asiakasta ilmoittaa kokevansa itsensä yksinäiseksi, 24 kokee olonsa turvalliseksi ja alle puolet (15) vastaajista kokee itsensä tarpeelliseksi. 24 vastaajaa kokee olonsa tyytyväiseksi ja 16 onnelliseksi. 12 asiakasta ilmoittaa, että heillä ei ole mielekästä tekemistä ja 12 vastaajista ilmoittaa olevansa masentuneita. Kyselyn tuloksesta ilmenee, että kyselyyn vastanneet Ylitornion kotihoidon asiakkaat kokevat yksinäisyyttä ja masentuneisuutta. Merkille pantavaa on, että vaikka asiakkaat ilmoittavat kokevansa yksinäisyyttä, niin he kuitenkin kokevat olevansa tyytyväisiä ja onnellisia (Kuvio 12).



Kuvio 12. Asiakkaiden kokemus elämänlaadustaan (n 31)

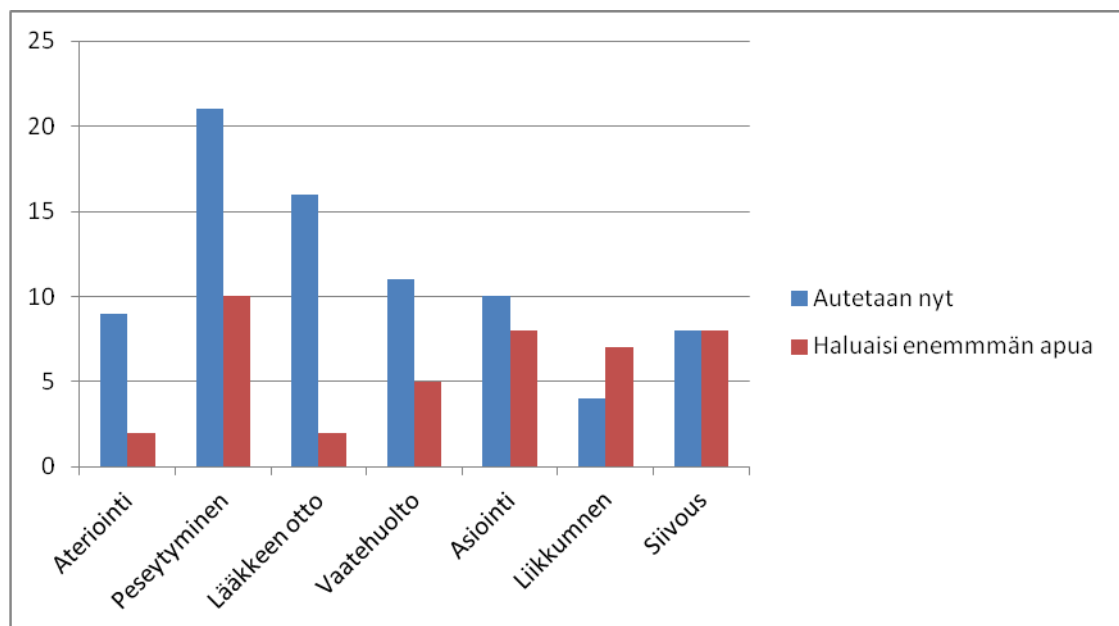
Kyselyssä kysyttiin myös, että mihinkä kodin ulkopuoliseen toimintaan ikääntyneet haluaisivat osallistua. 17 ilmoitti haluavansa käydä seurakunnan tilaisuuksissa, 14 haluaisi vierailla ystävien luona, 10 haluaisi käydä ikäihmisille tarkoitetuissa kerhoissa, 15 haluaisi osallistua erilaisiin kulttuuritilaisuuksiin. Ikäihmiset haluaisivat osallistua erilaisiin toimintoihin kodin ulkopuolella, mikäli he saisivat siihen apua.

Ikäihmisten yksinäisyyden arvioidaan lisääntyvän väestön ikärakenteen muuttumisesta johtuen. Elinikä nousee ja ihmiset asuvat yhä pidempään omassa kodissaan. Perheet ovat pieniä ja yksinasuminen on tavallista jo työiässä. Ihmisten liikkuvuus lisääntyy; ihmiset liikkuvat työ perässä ja myös ikäihmiset siirtyvät kasvukeskuksiin. Kaupungistuminen edistää anonyymien elämäntavan lisääntymistä, eikä naapuria enää välttämättä tunneta. Palvelut siirtyvät maaseudulla etäälle asukkaista. Yksinäisyyden lisääntyminen on ainakin jossain määrin ikääntymiseen ja elämän kulkuun liittyvä, väistämätön tekijä. Oleellinen tekijä yksinäisyyden kokemuksen lisääntymisessä ja voimistumisessa on liikkumiskyvyn hikentyminen ja kotiin sidotuksi joutuminen. On paljon kotihoidon asiakkaita, joiden sosiaaliset suhteet rajoittuvat kotihoidon henkilöstöön. Kotihoidon henkilökunnan tulisi ottaa hienotunteisesti puheeksi asiakkaan mahdollinen yksinäisyyden kokemus, koska monet asiakkaat voivat vältellä asin esille ottamista (Niemelä & Nikkilä 2009, 135-136).

Ikäihmisten yksinäisyyden kokemus nousee esiin myös muissa ikääntyneiden elämään ja elämänlaatuun paneutuvissa tutkimuksissa. Ikäihmisillä yksinäisyyden kokemus voi liittyä huolenpidon puutteiden ja turvattomuuden kokemuksiin. Kotihoidon palvelujen saannin turvaamisen myötä lisääntyy huolenpidon ja turvallisuuden kokemus ja yksinäisyyden tuntemukset lievittyvät. Palvelujen piiriin pääsy ei kokonaan poista yksinäisyyttä, vaikka yksinäisyyden kokemuksen ilmaiseminen kotihoidon piirissä olevilla on harvinaisempaa. Tutkimusten mukaan turvattomuuden kokemus näyttää lisääntyvän asiakkailla, jos he eivät saa tarvettaan vastaavaa apua ja asiakas hakee julkisista palveluista helpotusta tilanteeseensa. Asiakkaiden kokema yksinäisyys ja turvattomuus näyttävät olevan yhteydessä tuen ja avun saamiseen, ja oletettavasti niihin sisältyvään sosiaaliseen kanssakäymiseen ja kuulluksi tulemiseen. Tärkeää on, että joku ihminen auttaa, oli se sitten julkisen sektorin työntekijä tai vapaaehtoinen auttaja. Yksinäisyys ja turvattomuus liittyvät usein epäluuloon ja pelkoon, että apua ei ole

saatavilla silloin kun ikäihminen sitä tarvitsee (Vilkko & Finne-Soveri & Heinola 2010, 50-55).

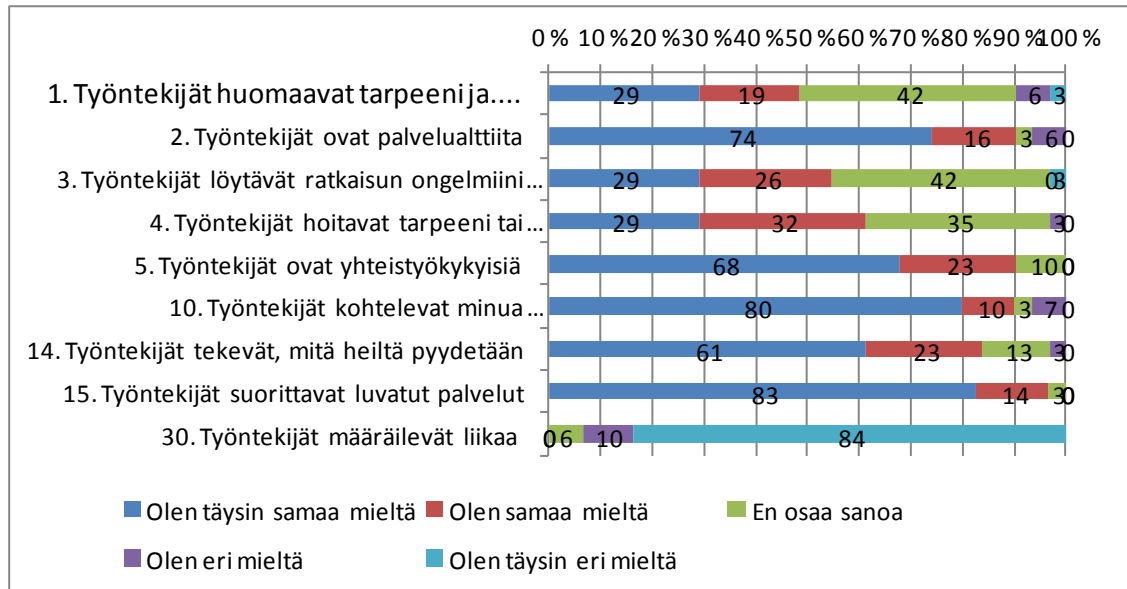
Asiakkaiden kotihoidon apu (Kuvio 13) kohdistui eniten peseytymisessä ja lääkehoidossa avustamiseen. Vaatehuollossa, asioinnissa, aterioinnissa ja siivouksessa heitä myös autettiin. He kokivat tarvitsevansa enemmän apua peseytymisessä, liikkumisessa, asioinnissa ja siivouksessa. Kyselystä ilmeni, että asiakkaat saivat apua runsaasti peseytymisessä, mutta he kokivat tarvitsevansa siinä enemmän apua. Tuloksesta voi tulkita, että kotihoidon antama suihkutusta tai saunotusapu pääosin kerran viikossa ei ole riittävää, vaan asiakkaat haluaisivat käydä suihkussa useammin. Kotihoidon antama apu ei myöskään ole riittävää liikkumisessa ja siivouksessa, jota asiakkaat tarvitsevat enemmän. Lääkkeenotossa avustamisen koetaan olevan riittävää ja harva haluaisi siihen enemmän apua.



Kuvio 13. Palveluiden saanti ja koettu palvelujen lisätarve

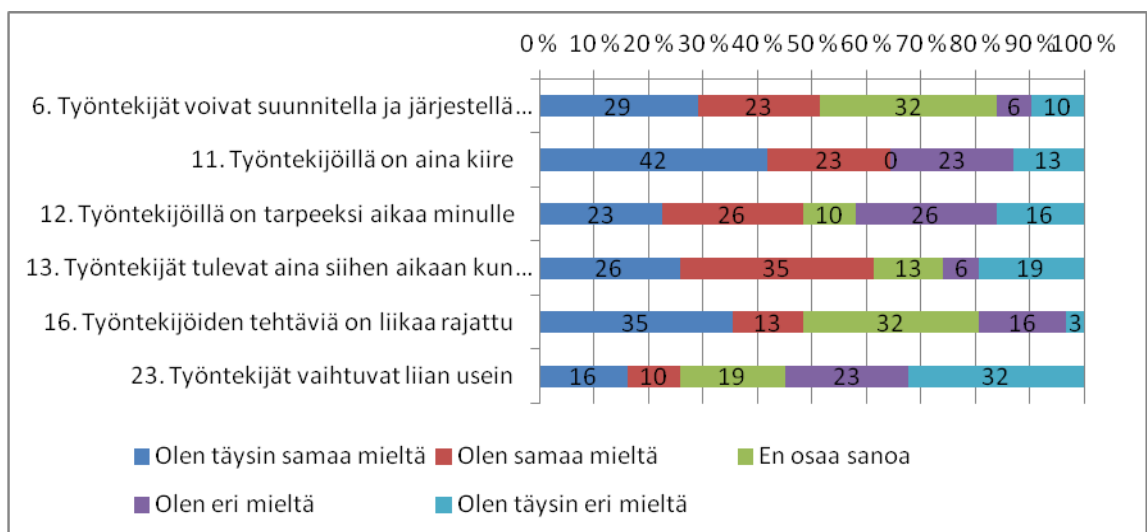
Kotihoidon asiakkaat ovat pääosin tyytyväisiä työntekijöiden antamaan palveluun ja asiakkaiden kohteluun. Asiakkaiden mielestä työntekijät ovat palvelualttiita ja yhteistyökykyisiä. Työntekijät kohtelevat asiakkaita kunnioittavasti, tekevät mitä heiltä pyydetään ja suorittavat luvutut palvelut. Asiakkaiden mielestä heidän

itseään määrittämisen oikeutensa toteutuu, eikä heitä määrällä. Yli puolet asiakkaista kokee, että heidän tarpeensa ja ongelmansa hoidetaan tärkeysjärjestyksessä (Kuvio 14).



Kuvio 14. Kotihoidon asiakkaiden mielipiteet työntekijöiden antamasta palvelusta

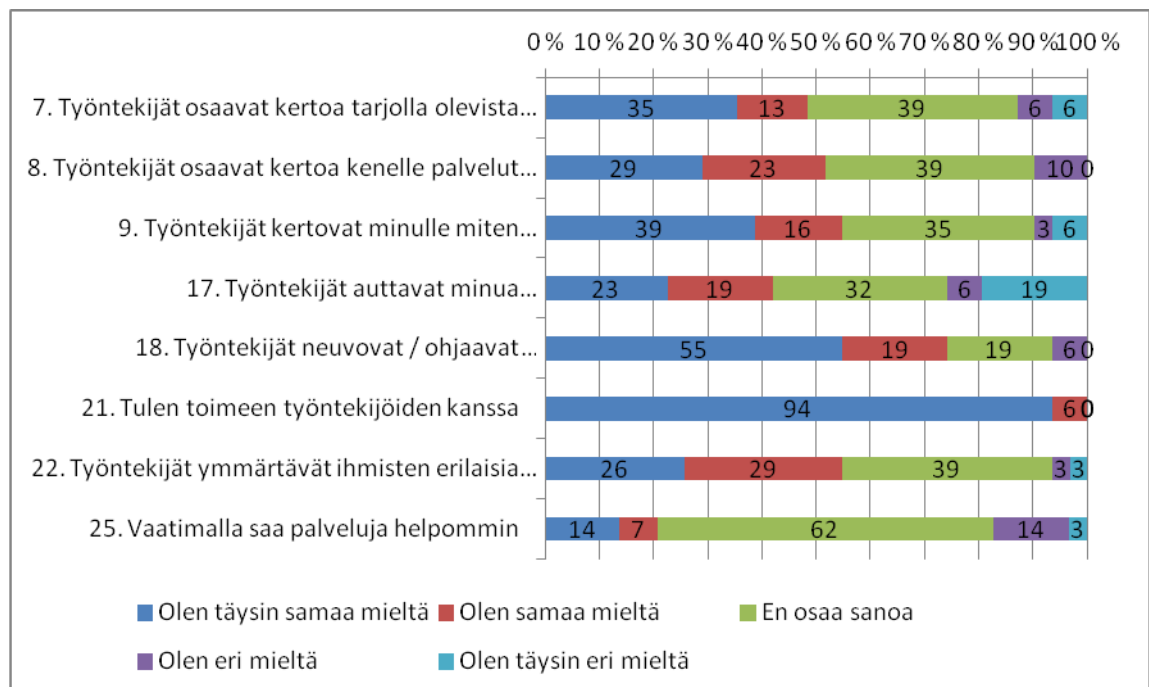
Asiakkaiden mielestä työntekijät ovat kiireisiä ja heidän työtehtäviään on rajattu liikaa. He kokevat, että työntekijät voivat kuitenkin järjestellä työtään ja tulevat sovittuna aikana. Noin puolet asiakkaista kokee, että työntekijöiden heille antama aika on riittävä. 55 prosenttia asiakkaista kokee, että työntekijät vaihtuvat liian usein (Kuvio 15).



Kuvio 15. Työntekijöiden ajankäyttö

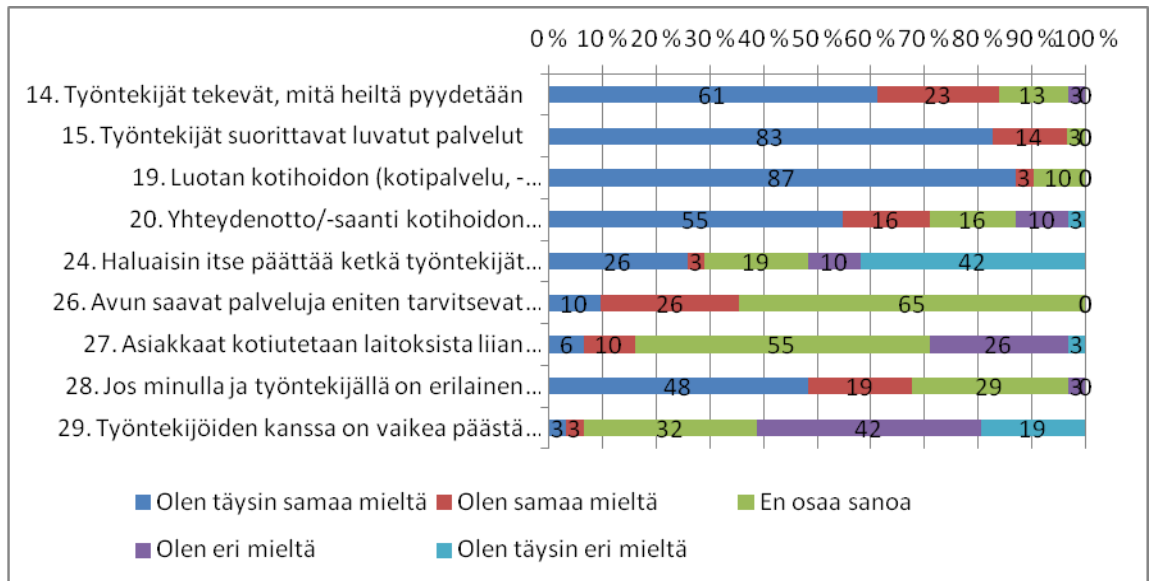
Raija Tenkasen (2003) tutkimuksen mukaan kiire haittaa kotihoidon työskentelyä. Asiakkaiden määrää pidetään yhtenä syynä kiireeseen, mutta siihen vaikuttavat myös kotihoidon toimintatavat. Ikääntyneet ovat huomanneet työntekijöiden kiireen, ja kritisoivat sitä, että työntekijät eivät ehdi keskustelemaan riittävästi ja olemaan ulkona huonosti liikkuvien ikääntyneiden kanssa. Ikäihmiset kokevat, että työntekijöillä on kiire toiseen paikkaan, eivätkä he voi antaa riittävästi aikaa tukeakseen ikääntyneen kotona liikkumista.

Kyselystä ilmenee, että asiakkaat tulevat hyvin toimeen työntekijöiden kanssa ja työntekijät osaavat neuvoa heitä terveyteen liittyvissä asioissa. Työntekijät ymmärtävät myös asiakkaiden erilaisia elämäntilanteita. 39 prosenttia ei osannut sanoa, että osaavatko työntekijät kertoa heille tarjolla olevista palveluista ja siitä, kenelle palvelut on tarkoitettu. Neljännes asiakkaista on sitä mieltä, että työntekijät eivät auta heitä yhteydenpidossa muihin ihmisiin ja 32 prosentilla ei ollut asiasta mielipidettä. 62 prosenttia ei osannut vastata siihen, saako palveluja helpommin vaatimalla (Kuvio 16).



Kuvio 16. Asiakkaiden kokemus työntekijöiden ohjaus- ja neuvontataidoista

Asiakkaat luottavat kotipalvelun työntekijöihin, jotka antavat heille luvut palvelut ja tekevät mitä heiltä pyydetään. Yhteydensaanti kotihoidon työntekijöihin on helppoa ja työntekijöiden kanssa on helppo päästä yhteisymmärrykseen. 29 prosenttia on sitä mieltä, että laitoksista kotiutetaan liian huonokuntoisena, 55 prosentilla ei ollut mielipidettä asiasta. Yli puolet asiakkaista ei osannut sanoa, kohdentuvatko palvelut niitä eniten tarvitseville (Kuvio 17).



Kuvio 17. Kotihoidon tarvevastaavuus

Yli puolelle (16) asiakkaista kotihoidon palvelun aloittamisen järjesti lapset, sairaala järjesti avun 13 asiakkaalle, itse on kotihoitoon ottanut yhteyttä 3 asiakasta. 17 asiakasta vastasi olleensa itse mukana kotihoidon apua suunniteltaessa ja 14 ei ollut itse ollut mukana avun suunnittelussa. 15 asiakasta ilmoitti heiltä kysytyn, että mitä apua he tarvitsevat ja 10 vastasi, että heiltä ei kysytty. 21 asiakasta ilmoitti saaneensa muuttaa suunnitellun palvelunsisältöä. Asiakkaat olivat tyytyväisiä nykyisin saamaansa palveluun, mutta käyntien pituuteen halutaan lisää aikaa. Asiakkailla ei kyselyn mukaan ole tietoa omahoitajajärjestelmästä ja suurin osa (19) asiakkaista ei tiedä, kuka heidän omahoitajansa kotihoidossa on. Kyselyyn osallistujista 23 ei kokenut tarvitsevänsä yöllä kotihoidon apua. 30 asiakasta ilmoittaa mieluisimmaksi asuinpaikakseen kodin ja yksi asiakas asuisi terveyskeskuksen vuodeosastolla. Toiseksi mieluisimmaksi asuinpaikaksi mainittiin palvelutalo (18) ja kolmanneksi pieni ryhmäkoti (10 asiakasta).

5.3 Kotihoidon työntekijöiden kyselyn ja haastattelun tulokset

Kotihoidon työntekijöille tehtiin sekä puolistrukturoitu kysely, että teemahaastattelu. Kyselylomakkeen täytti 20 työntekijää 25 työntekijästä ja haastatteluun osallistui 10 työntekijää. Ensimmäisessä kysymyksessä työntekijöitä pyydettiin mainitsemaan kolme tärkeintä syytä ammatissa oloon. Vastauksia tuli monenlaisia, mutta suurin osa työntekijöistä ilmoitti olevansa työssä vanhusten, asiakkaiden, ihmisläheisen työn ja auttamisen halun vuoksi. Kolme työntekijää ilmoitti työssäolonsa syyksi työstä saatavan palkan. Myös hyvän työilmapiirin ja sujuvan tiimityön ilmoitettiin monessa lomakkeessa olevan työssäolon syy Ylitornion kotihoidossa.

Toiseen kysymykseen asiakkaiden terveydentilasta ja siitä, minkä vuoksi asiakkaat ovat kotihoidon asiakkaita, päällimmäiseksi nousi sairaudenhoidossa auttaminen. Sairaudenhoidossa auttamisen oli 17 työntekijää nimennyt suurimmaksi kotihoidon käyntien syyksi. Toiseksi eniten oli nimetty asiakkaiden liikkumisvaikeudet ja kolmannella sijalla oli yksinäisyys, neljännellä turvattomuus ja muistisairauden mainittiin aiheuttavan viidenneksi eniten kotihoidon tarvetta.

Asiakkaiden yksinäisyys ja turvattomuus herätti eniten keskustelua teemahaastattelussa. Työntekijät kokivat, että yksinäisyys ja turvattomuus ovat monelle asiakkaalle iso ongelma ja heidän resurssinsa auttaa asiakkaita ovat rajalliset. Etenkin juhlapyhien aikana yksin asuvat vanhukset ovat erityisen yksinäisiä ja työntekijät kokevat tilanteet erityisen raskaina.

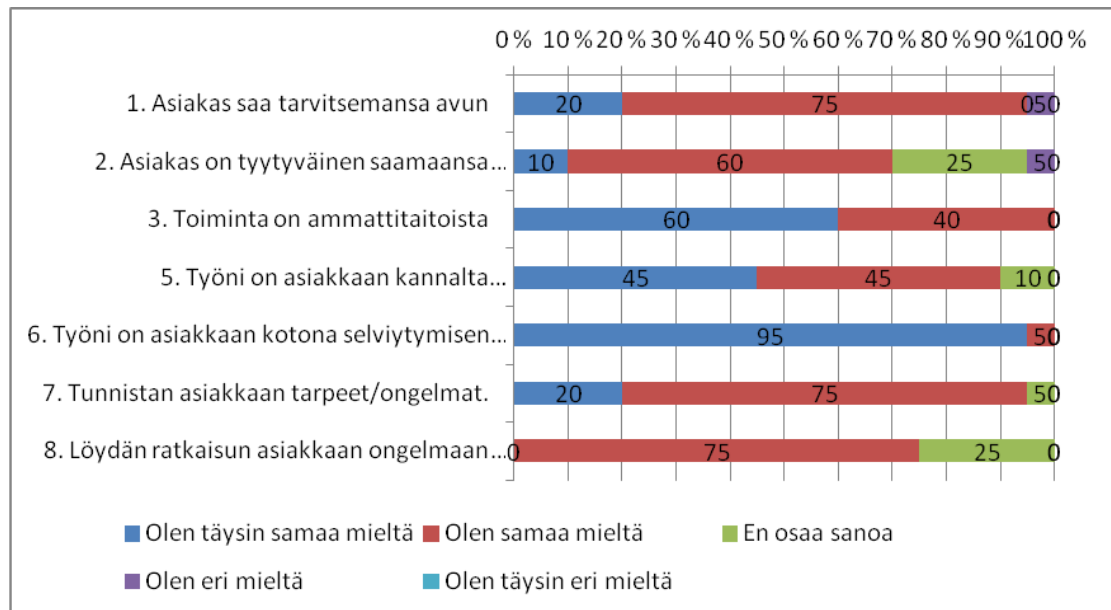
”Minusta nämä joulut ja juhlapyhät on niinku sydäntä raastavia, niitä ei kenenkään tunneihmisen (työntekijän) pitäis tehdä... Se on aivan hirveätä jättää yksin, tuntuu, että pitäis linja-auto ottaa ja viä kaikki ittele kotia.”

”Kyllä sen heti ensimmäisestä päivästä huomasi sen yksinäisyyden, että niinkö yhdelle asiakkaalle tuli, että ne käynnit jatkuis, vaikka sitä konkreettista tarvetta ei oikein olis ollu, mutta sen sosiaalisen takia se olis hyvä jatkaa...Ko on jotaki, mitä oottaa, semmosta juttukaveria. ne sanoo, että olkaa vain pitempään jos voittaa. Siinä tuli mieleen, että pitäis järjestää semmoista palvelua.”

Omahoitajajärjestelmän 14 työntekijää koki olevan hyvän, yksi huonon ja kuusi ei osannut sanoa mielipidettään. Yöpartiotoininnan aloittamisen näki tärkeänä seitsemän työntekijää, neljä ei nähnyt sitä tarpeellisenä ja yhdeksällä työntekijällä ei ollut siihen mielipidettä. Yksi työntekijä oli lisännyt tähän kysymykseen sanallisen kommentin, että vaikka tarve on tällä hetkellä vähäistä, niin voiko vähätellä yksittäisen, yhdenkin vanhuksen tarvetta.

Asiakkaiden naapureissa käynti on työntekijöiden mielestä loppunut lähes kokonaan ja sitä pitäisi elvyttää. Monelle asiakkaalle kotihoidon työntekijä on ainoa ”vieras” pitkiin aikoihin. Työntekijät puhuivat kylillä järjestettävistä kerhoista, joihin pitäisi huonokuntoisetkin saada mukaan. Moni asiakas tarvitsee saattajaa ja henkilökohtaista apua naapureissa ja kerhoissa käymiseen, mutta siihen kotihoidolla ei ole tällä hetkellä mahdollisuutta.

Työntekijöiden mielestä asiakkaat saavat tarvitsemansa avun ja asiakkaat ovat tyytyväisiä saamaansa palveluun. Kotihoidon toiminta on ammattitaitoista ja asiakkaan kotona selviytymisen kannalta tarkoituksenmukaista, sekä tärkeää. He tunnistavat asiakkaan tarpeet ja ongelmat löytäen helposti ratkaisut asiakkaan ongelmiin. Asiakkaiden ja työntekijöiden mielipiteet ovat yhteneväisiä sen suhteen, että kotihoidon tuottama palvelu on tarkoituksenmukaista (Kuvio 18).



Kuvio 18. Työntekijöiden mielipiteet antamastaan palvelusta

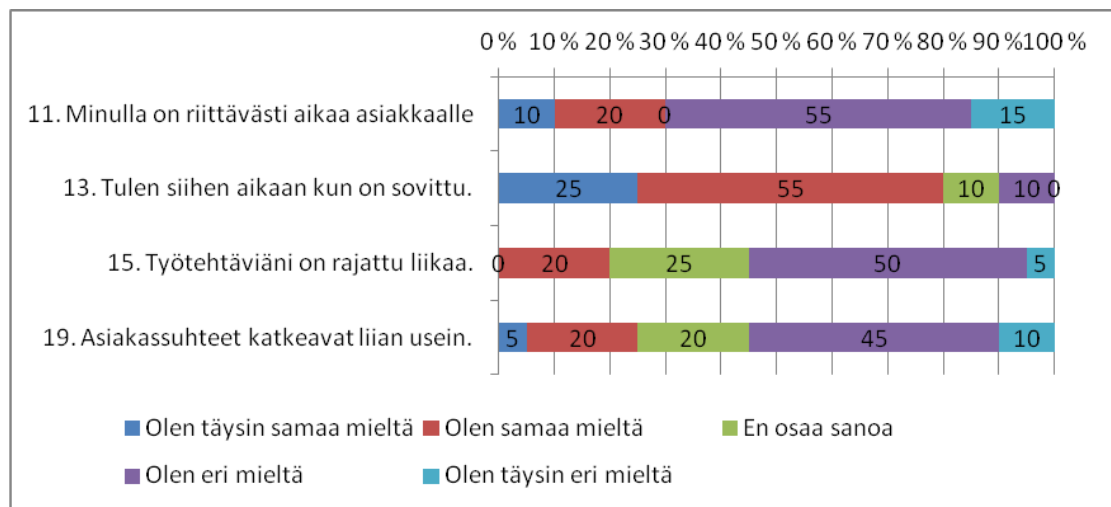
Teemahaastattelussa kotihoidon työntekijät mainitsivat tärkeimmiksi tehtävikseen asiakkaiden lääkehoidosta ja henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimisen, ruokailussa avustamisen ja muut sairaanhoidolliset tehtävät. Keskustelussa nousi esiin myös kodinhoidollisista tehtävistä huolehtimisen tärkeyden.

”Varmaan sitä vanhana aattelee niin, että se on itse se kotikin, eikä vain pelkästään se ihminen....Siellähän on ne vessat ja keittiö ja jääkaapit ja muut, että ne kuuluu myös meille ja ne on aika tärkeitä. Kun vessanpönttö alkaa olla aika likainen ja jääkaapista löytyy homeista ruokaa, niin...”

Kotihoidon asiakkaat tarvitsivat enemmän apua kuin nyt saavat on ulkoilussa ja sosiaaliseen kanssakäymiseen. Asiakasta pitää kannustaa osallistumaan enemmän päivittäisiin toimiin ja saada omaiset ymmärtämään yhteistyön tässä asiassa. Asiakkaan palvelua suunniteltaessa kuunnellaan joskus liiaksi omaisten toiveita ja tällöin asiakkaan oma mielipide jää huomioimatta.

”Sehän olis ihana ko ne itteki osallistuis päivittäisiin toihmiin, pyyhkis pöyän ja tekis vaikka sen aamupuuron...Kyllähän se mummo keittäis, mutta ko ne jokku omaiset tykkä, että työntekijän se pittää tehdä...Met kuuntelema kyllä joskus liikaa muita ko asiakasta.”

Työntekijät kokevat, että heillä ei ole tarpeeksi aikaa asiakkaille. He tulevat sovittuna aikana ja heidän työtehtäviään ei ole rajattu liikaa. Asiakassuhteet ovat pysyviä. Asiakaskyselystä ilmeni, että asiakkaat kokivat myös työntekijät kiireisinä (Taulukko 8). Asiakkaat kokivat, päinvastoin kuin työntekijät, että työntekijöiden tehtäviä on rajattu liikaa (Kuvio19).



Kuvio 19. Työajan käyttö

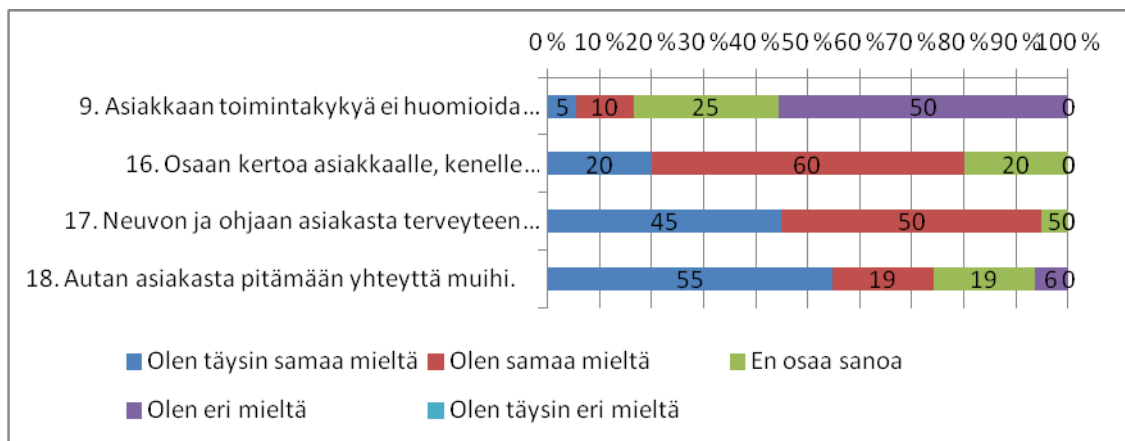
Työntekijät kokevat, että heillä ei ole tarpeeksi aikaa asiakkaille. He tulevat sovittuna aikana ja heidän työtehtäviään ei ole rajattu liikaa. Asiakassuhteet ovat pysyviä. Asiakaskyselystä ilmeni, että asiakkaat kokivat myös työntekijät kiireisinä (Taulukko 8). Asiakkaat kokivat, päinvastoin kuin työntekijät, että työntekijöiden tehtäviä on rajattu liikaa (Kuvio19).

Teemahaastattelussa tuli esiin työntekijöiden kiire ja työajan kulumisen hoidollisiin töihin. Esimerkiksi ei enää ole aikaa asiakkaiden ulkoiluttamiseen, jonka työntekijät kokevat puutteena. Kun on paljon asiakkaita, ja aikaa on niukasti käytettävissä asiakasta kohden. Tämä korostuu varsinkin iltakäynneillä, joihin kaivattaisiin enemmän aikaa.

”Tulee illalla niitä tilantheita, että asiakas sannoo, että älä lähe vielä. Kato minun kans vaikka tätä ohjelmaa telkkarista...Keksithän vaikka mitä hommia, että vois pitkittää, että en vielä lähtis pois. Sitä miettii, että

mitenkän se sielä pärjää ko lähen. Tullee ittele semmonen tosi tyly olo lähteä.”

Työntekijöiden mielestä asiakkaiden toimintakykyisyys huomioidaan palveluja suunniteltaessa hyvin. He osaavat mielestään kertoa asiakkaille palveluista, neuvoa ja ohjata asiakkaita palveluiden saannissa ja terveyteen liittyvissä asioissa. Asiakkaat eivät osanneet kertoa, että saavatko he tarpeeksi ohjausta palvelujen suhteen. Työntekijöiden mielestä he auttavat asiakkaita pitämään yhteyttä muihin ihmisiin, mutta asiakkaat kokivat puutteita tässä asiassa (Kuvio 17). Asiakkaat kysyvät joskus työntekijöiltä kuljetuspalvelusta tai hänellä on rahahuolia, silloin asiakasta ohjataan ottamaan yhteyttä sosiaalitoimistoon.

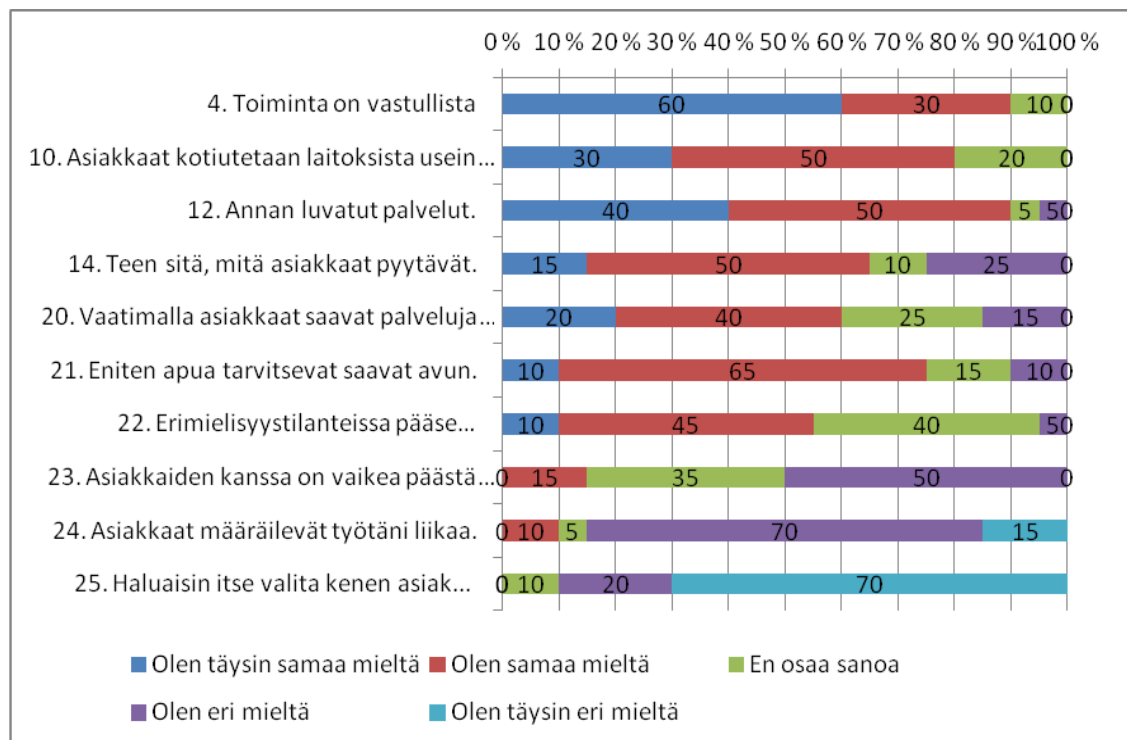


Kuvio 20. Työntekijöiden kokemus ohjaus- ja neuvontataidoistaan

Kotihoidon työntekijät toimivat vastuullisesti ja antavat luvatut palvelut. He suorittavat asiakkaiden pyytämät palvelut. Vaativa asiakas saa heidän mielestään palveluja, mutta myös eniten apua tarvitsevat saavat palvelua. 55 prosenttia työntekijöistä kertoi pääsevänsä asiakkaan kanssa yhteisymmärrykseen erimielisyystilanteissa, mutta 40 prosenttia ei osannut sanoa asiaan mielipidettään. Työntekijöiden mielestä asiakkaat eivät määräile liikaa heidän työtään ja he eivät halua itse valikoida asiakkaitaan (Kuvio 21).

”Kyllä me aika rutiinisti tehemä ne aamupesut ja puuronkeitot ja varmasti se asiakas joskus haluaisi jotaki muuta... Jotku varmaan seurustelis ko että me siinä touhuama ja pyörimä... Pitäis enemmän kysy, että mitä ne oikeasti haluais ja tarvis.”

Työntekijöiden mielestä pitää selvittää mitä asiakas on harrastanut ja mitkä asiat ovat olleet tärkeitä. Asiakasta pitää kannustaa ja tukea tekemään itselleen mieluisia asioita, asiakkaan voimavarat huomioon. Asiakasta autetaan seuraamaan aikaa kuuntelemalla radiota, katsomalla televisiota ja lukemalla lehtiä.



Kuvio 21. Vuorovaikutus- ja yhteistyötaidot

5.4 Johdon ja luottamushenkilöiden haastattelun tulokset

Ylitornion kunnan johtavista viranhaltijoista haastateltiin kunnanjohtaja, hallintojohtaja ja perusturvajohtaja helmikuussa 2013. Heidän haastattelunsa suoritettiin yksilöhaastatteluina, haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin (Liite 4). Heidän kaikkien mielestä kotihoito nykymuotoisenaakin tukee ikäihmisten kotona asumista, mutta kotihoidossa on myös tarvetta kehittämiseen. Ne asiakkaat, joilla kotihoito käy, eivät pärjäisi ilman kotihoidon tukea (Taulukko 3).

”Kotihoito tukee kotona asumista, mutta palvelu on mennyt hoitamiseksi, Aikaa asiakasta kohden tulisi pystyä antamaan enemmän. Nyt annetaan

palvelua vain välttämättömiin, jotta selviää ”hengissä”. (Lääkkeet, ruoka jne).”

Kotihoitoon perustetut tiimit, aluejako ja omahoitajuus ovat johdon mielestä oikeansuuntaista kehitystä. Kotihoidon tiimeille pitäisi antaa vielä enemmän vastuuta, että tiimit voisivat ottaa kokonaisvastuun asiakkaasta. Asiakkaan voimavaroja tukeva työote tulisi nostaa esille. Koska tiedetään että hyvä fyysinen toimintakyky on toiminnan edellytys, niin voitaisiin panostaa enemmän kuntouttamiseen ja ennaltaehkäisevään työhön sekä työotteeseen.

” Se ajatus olisi niillä työntekijöillä takana, että millä tavoin sitä toiminnallisuutta sen vanhuksen kohdalla parantaa. ...Oikeastaan se lisäpalvelujen tarjoaminen ei ole ratkaisu, vaan pitäisi miettiä vähän pitemmällä aikajänteellä.”

Palvelujen tarve kasvaa tulevaisuudessa ja kylissä olevia voimavaroja pitäisi hyödyntää. Jokin malli olisi luotava, että ikäihmisten luona kävisi joku muukin ihminen kuin hoitaja. Ihminen tarvitsee toista ihmistä. Kotihoidon työntekijöiden tulisi tukea asiakkaita verkoston ylläpitämisessä ja rakentamisessa. Kaikkien kotihoidon työntekijöiden ei tarvitse olla hoitajan koulutuksen omaavia, mutta jonkinlainen vanhustenhoitoon perehdyttävä koulutus tarvitaan. Kolmas sektori (kyläyhdistykset ja järjestöt) voisi osallistua enemmän ikäihmisille tarkoitetun toiminnan tuottamiseen, esimerkiksi ystäväpalvelu. Olemassa olevaa tekniikkaa tulee hyödyntää ikäihmisten palveluissa, mutta mittaviin investointeihin ei sen suhteen nähdä tarvetta ryhtyä.

Palvelusetelin käyttöönottoa pohdittiin ja se nähtiin myönteisenä asiana. Kaikilla ei ollut mielestään riittävästi tietoa palvelusetelistä ja sen käyttöön otosta, mutta siitä aiottiin hankkia lisää tietoa. Hallintojohtaja näki palvelusetelin käyttöönoton laajemmin kunnan järjestämisvastuulla olevien palvelujen tuottamisessa.

”Palveluseteliä ei pidä rajata mihinkään palveluun, vaan mielestäni sitä voi osoittaa mihin vain kunnan palveluun, mihin tarjoajia löytyy. Kaikki kunnan palvelut tulisi ottaa tarkastelun kohteeksi. ..Avataan markkinat ja katsotaan löytyykö yrittäjiä.”

Poikkihallinnollinen toiminta on tarpeellista saada toimimaan ja kunnan johtoryhmässä tulee löytää ymmärrys, että kaikki hallintokunnat ovat kaikkien kuntalaisten asialla. Osastopäälliköillä on tässä asiassa ohjaava rooli. Merkittävä asia on saada toimiva joukkoliikenne koko kunnan alueella, joka palvelee kaikkia kuntalaisia ikään katsomatta.

Taulukko 3. Johdon haastattelujen tulokset

Haastatteluteemat	Johdon mielipiteet	
	Myönteistä	Kehitettävää
1. Koetteko / uskotteko kotihoidon tukevan kotona asumista? 2. Onko mielestänne nykyinen kotihoidon tuottamismalli hyvä?	+ Kotihoidon palvelujen repertuaari kaikkineen on ainut, jolla kotona asumista voidaan tukea + Tiimit, aluejako ja omahoitajuus on hyvä asia + Ammattiryhmiä, joilla kuitenkin perehtyneisyyttä vanhuuteen	- Palvelusta on tullut liiaksi hoitamista - Asiakaspalautetta on tullut johdolle työntekijöiden kiireestä ja asiointiliikenteen puutteesta - Enemmän vastuuta tiimeille, että ottavat kokonaisvastuun asiakkaan palveluista - Ennakoiva palvelu vähäistä - Asiakkaiden voimavarojen hyödyntämisessä kehitettävää - Kotihoitoon erilaisia ammattiryhmiä, joilla perehtyneisyyttä vanhuuteen
3. Tarvitaanko kotihoitoon palveluseteliä, jos tarvitaan, niin mihin palveluihin?	+ Palveluseteli voitaisiin ottaa käyttöön ja koskemaan kaikkia kunnan palveluja + Palveluseteli erityisesti omaishoitajille palvelujen ostoon + Kunnan tulee avata markkinat ja mahdollistaa uusien yritysten syntyminen	- Palveluseteliä ei tunneta tarpeeksi hyvin - Onko kunnassa tahtoa markkinoiden avaamiseen
4. Millä keinoin kotihoidon asiakkaiden kokemaa yksinäisyyttä ja turvattomuutta voitaisiin kotihoidon palvelujen keinoin lievittää? Olisitteko valmiita resurssimaan siihen?	+ Työntekijöiden tulee miettiä, että millä tavoin tuetaan asiakkaiden voimavaroja + Vapaaehtoistyön käynnistäminen + Kylissä olevien voimavarojen hyödyntäminen, koska monissa kylissä toimii aktiivisia kyläyhdistyksiä ym. yhdistyksiä + Kiertävien seniorikerho-ohjaajien palkkaaminen + Sukupolvien välisen yhteistyön lisääminen esim. päiväkodit,	- Järjestäytyneen vapaaehtoistyön osuus kunnassa on pientä - Asiointiliikenne ei palvele nykymuotoisena - Sosiaalitekniikka ei palvele kaikkia kuntalaisia - Tietoliikenneyhteydet puutteelliset, eikä kata koko kunnan aluetta

	koulut ja vanhukset > teemapäiviä ja yhteisiä tilaisuuksia + Sosiaalitekniikan hyödyntäminen	- Pitkät välimatkat estävät kokonaisvaltaisen palvelun järjestämistä
5. Millä keinoin voitaisiin edistää kunnan eri hallintokuntien yhteistyötä ikäihmisten kotona asumisen tukemisessa?	+ Johtoryhmään ymmärrys, että kaikki kunnan hallintokunnat ovat kaikenikäisten kuntalaisten asialla + Esteetöntä liikkumista + Kulttuuri- ja liikuntatilaisuuksia kaikenikäisille, joihin kaikkien ikäryhmien osallistuminen mahdollistetaan	- Ei kaikkia kuntalaisia palvelevaa joukkoliikennettä - Hallintokuntien sisällä ja välillä kehitettävää

Poliittisista päättäjistä haastateltiin kunnanvaltuuston puheenjohtaja, kunnan hallituksen puheenjohtaja ja perusturvalautakunnan jäsenistä kuusi henkilöä. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin. Haastattelut tehtiin teemahaastatteluna, perusturvalautakunnan jäsenet haastateltiin ryhmähaastatteluna ja valtuuston ja hallituksen puheenjohtajille tehtiin yksilöhaastattelut (Taulukko 4).

Kotihoito on luottamushenkilöiden mielestä tärkeä toimija ikäihmisten kotona asumisen tukemisessa. Ilman kotihoidon antamaa apua moni vanhus olisi pakotettu muuttamaan kotoaan. Poliittiset päättäjät tiedostivat myös kotihoidon työntekijöiden kiireen ja mahdollisuuden antaa riittävästi aikaa asiakkaille. Henkilökuntaa ei voida kuitenkaan lisätä määrättömästi, vaan pitää katsoa palvelujen sisältöä, eli mietittävä miten työtä tehdään. Kotihoito luo turvallisuutta ja vähentää yksinäisyyttä. Sama työntekijä voi auttaa monipuolisesti kaikissa kodin askareissa. Eri ammattiryhmien samanaikaisia käynneistä tulee vähentää ja yöpartio toiminta on hyvä aloittaa. Kotihoidon työntekijöiden tulee tukea mahdollisimman pitkään ikäihmisen omatoimisuutta ja antaa vanhuksen tehdä itse kotiaskareita, joista hän selviytyy. Tällöin hänen kuntonsa ja toimintakykynsä säilyy ja hänellä on mielekästä tekemistä.

”Kotihoitoa pitäisi kehittää, ettei vanhukselle tule sellainen tunne, että vain käväistään ja lähdetään. Heille jää sellainen turvattomuus ja mieli, että jotain jää tekemättä tai sanomatta tai heilläkin olisi ollut jotain

sanottavaa. ...Palautetta on tullut, että aikaa ei ole tarpeeksi, ja että välittääkö ne oikeasti heistä.”

Palveluseteli oli osalle poliittisista päättäjistä vielä melko tuntematon tapa tuottaa kunnallisia palveluja. Joidenkin mielestä palveluseteli tulee ottaa käyttöön tukipalvelujen, kuten siivous- ja kuljetuspalvelujen tuottamisessa. Palveluseteli tuo valinnan mahdollisuutta asiakkaille, mikä koetaan tärkeänä. Kunta ei nykyisellään tuota omana toimintanaan esimerkiksi siivouspalvelua lainkaan. Palveluseteli antaisi mahdollisuuden hankkia siivouspalvelua yksityiseltä sektorilta myös pienituloisilla asiakkailla.

Toimiva joukkoliikenne palvelee kaikkia kuntalaisia. Hallintokuntien välinen yhteistyö ja perusturvan sisäinen yhteistyö tulee olla toimivaa. Ikäihmisten osallistumisen mahdollistaminen erilaisiin kulttuuritilaisuuksiin ja liikuntaryhmiin tulee järjestää yhteistyössä. Ikäihmisten kodin tarvittavat, kotona asumista helpottavat muutostyöt, tulee suorittaa joustavasti. Päättäjien tulee nähdä myös kunnan asiat yhteisinä asioina, mikä on kunnan kannalta viisainta ja taloudellisinta.

”Asennemuutosta pitäisi olla, että pidetään huolta vanhuksista: Ajatuksena olisi kunta omaisten kumppanina vanhusten auttamisessa. Toivoisi sellaista henkeä ylitorniolaisilta, että pidettäisiin huolta vanhuksista ja naapureista.”

Taulukko 4. Luottamushenkilöiden haastattelun tulokset

Haastatteluteemat	Luottamushenkilöiden mielipiteet	
	Myönteistä	Kehitettävää
1. Koetteko / uskotteko kotihoidon tukevan kotona asumista?	+ Ilman kotihoidon apua moni vanhus joutuisi muuttamaan kotoaan	- Sama työntekijä voisi käydä useammin ja tehdä monipuolisemmin työtä asiakkaan luona
2. Onko mielestänne nykyinen kotihoidon tuottamismalli hyvä?	+ Kumppanuutta palvelujen tuottamisessa (läheiset + omaiset + kunta)	- Kotihoidon tehtäviä on rajattu liikaa
	+ Kotihoidon tulee tukea asiakasta asumaan kotona mahdollisimman pitkään, jotta laitosvaihe jäisi lyhyeksi	- Liian vähän aikaa asiakkaalle - Liikaa päällekkäisiä käyntejä (KSH-KOPA)

		<ul style="list-style-type: none"> - Yöpartion puute - Ennaltaehkäisevä työ vähäistä - Kuntoutus - Kuntouttava työote - Toimintaterapia - Kylätoimikuntien resurssien hyödyntäminen
3. Tarvitaanko kotihoitoon palveluseteliä, jos tarvitaan, niin mihin palveluihin?	<ul style="list-style-type: none"> + Palveluseteli pitää ottaa käyttöön erityisesti siivous- ja asiointipalveluiden tuottamisessa + Palveluseteli lisää valinnan mahdollisuutta + Yksityisiä yrityksiä voi syntyä palvelusetelin käyttöön oton myötä ja tuoda kuntaan verotuloja 	<ul style="list-style-type: none"> - Ei tunneta tarpeeksi - Arveluttaa, mihin palveluihin voitaisiin käyttää - Onko kunnassa yrityksiä tuottamaan palvelusetelillä järjestettäviä palveluita - Syntyisikö yrityksiä?
4. Millä keinoin kotihoidon asiakkaiden kokemaa yksinäisyyttä ja turvattomuutta voitaisiin kotihoidon palvelujen keinoin lievittää? Olisitteko valmiita resursoimaan siihen?	<ul style="list-style-type: none"> + Kotona asumisessa on omat riskinsä, jotka pitää tiettyyn rajaan hyväksyä + Kyläilykulttuurin virittäminen ja ylläpitäminen + Yhteisöasuminen + Seniorikortti hyvä asia + Sosiaalitekniikan hyödyntäminen 	<ul style="list-style-type: none"> - Liian vähän aikaa asiakkaalle - Ei tehdä oikeita asioita - Ei olla aidosti läsnä ja kuunnella asiakasta - Turvattomuus jää - Kiireettömyyden tunteen luominen - Ei voida määrättömästi lisätä henkilöstöä, vaan pitää katsoa myös palvelujen sisältöä - Kaikkien vanhusten luona käyvien tulee pysähtyä kuuntelemaan ihmistä - Kansalaisopiston kursseja enemmän - Seniorikortti sekä liikunta että kulttuuritoimeen
5. Millä keinoin voitaisiin edistää kunnan eri hallintokuntien yhteistyötä ikäihmisten kotona asumisen tukemisessa?	<ul style="list-style-type: none"> + Yhteistyö joidenkin hallintokuntien välillä on toimivaa (Perusturva-tekniinen) 	<ul style="list-style-type: none"> - Sekä virkamiesten, että päättäjien tulisi nähdä kaikki kunnan toiminnot yhteisenä asiana, eikä lokeroitua omiin lokeroihin; mikä olisi viisainta ja taloudellisinta kuntalaisille - Yhteisiä palveluja kaikille - Kulttuuri, sivistys ja liikuntatoimi mukaan - Nuorten kesätyöpaikat - Joukkoliikenteen järjestäminen toimivaksi

5.5 Ehdotukset Ylitornion kotihoidon kehittämiseksi

Kotihoidon palvelut ovat pääosiltaan asiakaslähtöisiä, mutta kotihoidon järjestämisessä on kiinnitettävä huomiota asiakkaiden erilaisiin palvelutarpeisiin. Edellytyksenä asiakaslähtöisten palvelujen järjestämiselle on palvelurakenteiden ja –prosessien joustavuus ja saumattomuus. Asiakkaiden osallisuuden tukeminen palvelujen suunnitteluvaiheessa ja koko asiakkuuden ajan on erityisen tärkeää laadukkaan kotihoidon toteuttamiselle. Kotihoidon palvelu on muuttunut sairaushoitokeskeiseksi ja huomiota kiinnitetään vähemmän asiakkaiden muihin tarpeisiin. Kotihoidon asiakkaiden tarpeenmukaisesta terveyden- ja sairauden hoidosta tulee huolehtia riittävästi, koska ikääntyneet ovat usein monisairaita, mutta elämän kokonaislaadua ylläpitäviin tarpeisiin tulee kiinnittää nykyistä enemmän huomiota. Lähtökohtana kotihoidon palvelujen tuottamisessa tulee olla asiakkaan voimavaroja aktivoiva työskentelymalli.

Ikääntyneiden kuntoutukseen ja toimintakykyä vahvistavaan liikuntaan tulee kiinnittää enemmän huomiota järjestämällä kuntoutusta. Kulttuurinen työ on nostettava esille vanhusten kotona asumisen tukemisessa ja heidän osallistumistaan erilaisiin kodin ulkopuolisiin kulttuuritapahtumiin tulee helpottaa. Ikääntyneiden palveluita tulee sairauzehoidon sijasta kehittää enemmän sosiokulttuurisempaan suuntaan. Ylitornion kunnan kotihoito ei tällä hetkellä tarjoa ikääntyneille siivouspalvelua. Kodin raskaista töistä siivous on kuitenkin ensimmäisiä palveluita, joihin ikääntynyt tarvitsee ulkopuolista apua ja jonka puute ilmeni asiakaskyselyssä. Siivous, asiointi ja muut arjen askareet ovat ikääntyneiden kotona asumisessa yleisimmät avun tarpeen kohteet. Tätä tulosta tukevat myös muut tutkimukset (Lahtela & Lantto 2009, Tepponen 2009, Vaarama 2006).

Moni ikääntynyt kotona asuva kokee itsensä yksinäiseksi ja turvattomaksi, siihen pelkästään kotihoidon palvelujen avulla on hankalaa vastata. Tähän tarpeeseen tulee aktivoida kolmannen sektorin toimijoita ja muita vapaaehtoistyöntekijöitä. Kylissä olevia voimavaroja tulee hyödyntää ikääntyneiden kotona asumisen tukemisessa, esimerkiksi kyläilykulttuurin virittämällä ja erilaisten toimintatilaisuuksien

järjestämisellä. Pitkään jatkunut yksinäisyys synnyttää masennusta ja asiakas ei enää haluaakaan lähteä kodin ulkopuolelle, vaikka apua olisin tarjolla. Tällaisissa tilanteissa vapaaehtoisen kotikäynti voi lievittää asiakkaan kokemaa yksinäisyyttä. Kyselyssä ikääntyneet ilmaisivat tarvitsevänsä siivouksen lisäksi apua liikkumisessa kodin ulkopuolella ja asioinnissa. Toimiva joukkoliikenne ja asioinnissa avustaminen tuovat osaltaan ratkaisun tähän ongelmaan.

Ylitornion kotihoidon työntekijät ovat ammattitaitoisia. Asiakkaan tilanteen ja tarpeiden kokonaisvaltaiseen arviointiin ei välttämättä ole välineitä, sillä neuvotteleva ja aktivoiva työskentely on vaativaa. Työtä tehdään osittain rutiininomaisesti ja elämänhallintaan sekä elämisen laadun kannalta tärkeät yksinäisyyden ja turvattomuuden huomioiminen ja ehkäiseminen jäävät taka-alalle. Työntekijöiden työskentely muodostuu rutiinitehtävien listasta, joka keskittyy pääosin elämän fysiologisen perustan ylläpitämiseen. Asiakkaalle on usein tärkeää ulos pääseminen ja kanssakäyminen muiden ihmisten kanssa, kun taas työntekijä kokee tärkeäksi lääkkeiden jaon, suihkutuksen ja muista hoidollisista tehtävistä suoriutumisen. Tähän haasteeseen tulee vastata kotihoidon työntekijöiden täydennyskoulutuksen lisäämisellä.

Kun asiakas tulee kotihoidon tukipalvelujen piiriin, on tärkeää kartoittaa kokonaisvaltaisesti hänen avuntarpeensa. Tarpeeksi ajoissa tehty interventio voi viivästyttää raskaampien palvelujen tarvetta. Kun asiakas esimerkiksi ilmoittavat tarvitsevänsä ateriapalvelua, tulee hänen luokseen tehdä palvelutarpeen arviointikäynti. Asiakkaan kokonaistilanteen kartoitus on tärkeää suorittaa huolellisesti, jotta asiakkaalle voidaan suunnitella oikea-aikaisesti oikeat palvelut. Avopalveluohjaajalla ja asiakkaan omahoitajalla on tässä tärkeä rooli.

Ylitornion kunnassa ei ole käytössä palveluseteliä, jota voitaisiin käyttää etenkin kotihoidon tukipalvelujen tuottamiseen. Palveluseteli antaa valinnanmahdollisuuksia ja täydentää kunnan omaa palvelutuotantoa. Palveluseteliä voi käyttää sellaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen hankintaan, jotka kunnan kuuluu järjestää asukkaille. Palveluseteli tulee Ylitorniolla ottaa käyttöön ainakin kotihoidon tukipalvelujen tuottamiseen. Palveluseteli parantaa palvelujen saatavuutta, monipuolistaa palvelutuotantoa ja edistää kunnan elinkeinotoimen ja yksityisten toimijoiden yhteistyötä.

Ylitornion kotihoidossa on liian vähän henkilöstöresursseja tuottaa laadukasta kotihoitoa. Väestörakenteen muuttuminen yhä vanhuspainotteisemmaksi tulee vaatimaan henkilöstöressien lisäämistä kotihoitoon. Myös kotihoidon palvelujen tuottamista tulee tarkastella ja tuottamistapaa muuttaa yhteistoiminnallisemman kotihoidon suuntaan. Kotihoidossa tulee uudelleen virittää entisenlaista kotiaavustajatoimintaa, joka tuottaa ikäihmisille kodinhoidollisia palveluita. Palvelusetelin käyttöönottoa voitaisiin miettiä nyt myös kotihoidon palvelujen tuottamisessa, koska kunnassa on aloittanut toimintansa kotihoidon palveluja tuottavia yrityksiä.

Kehittämishankkeen tuloksena syntyneitä ehdotuksia Ylitornion kotihoidon kehittämiseksi:

1. Ikäpoliittisen strategian laatiminen kunnan strategian osaksi.
2. Hyvinvointia edistävät kotikäynnit toteutetaan kaikille 75 vuotta täyttäneille Ylitorniolaisille.
3. Palvelutarpeen arviointikäynti myös kaikille asiakkaille, jotka tulevat tukipalvelujen piiriin.
4. Henkilöstöressien lisääminen vastaamaan kotihoidon tarvetta ja työn sisältöjen tarkastelu.
5. Toimiva joukkoliikenne koko kunnan alueelle.
6. Palvelusetelijärjestelmän käyttöönotto. Palveluseteli ensimmäisenä kotihoidon tukipalveluihin, josta sitä voidaan laajentaa tarpeen mukaan.
7. Kotihoidon henkilöstön täydennyskoulutus ja omahoitajuusjärjestelmän kehittäminen.
8. Fysioterapian työpanoksen lisääminen ja toimintaterapiapalvelujen hankkiminen kotihoitoon.
9. Vapaaehtoistoiminnan organisoiminen

6 POHDINTA JA ARVIOINTI

Kehittämishankkeen tekeminen oli haastavaa ja mielenkiintoista. Prosessin suorittaminen Bikva-mallin mukaisesti oli aikaa vievää useiden kyselyiden ja haastattelujen vuoksi. Tuloksista ilmeni asioita, jotka olivat ennalta tiedossa, mutta myös paljon uutta asiaa etenkin asiakaskyselyssä tuli esille. Tiedossa oli, että yksinäisyys on monen yksinasuvan ikäihmisen ongelma. Uutena asiana ilmeni, että yllättävän monen asiakkaan palvelut suunnitellaan asiakasta kuulematta. Tässä asiassa on kehitettävää asiakkaan palveluja suunnittelevilla viranomaisilla, koska on erittäin tärkeää kuulla ja kuunnella asiakkaan omia mielipiteitä hänen palveluntarpeistaan. Omaisten rooli on myös vahva usean ikäihmisen palvelun suunnittelussa ja kotihoito usein kuuntelee enemmän omaisia kuin itse asiakasta.

Kehittämishankkeen tarkoituksena oli selvittää Ylitornion kunnan kotihoidon asiakkaiden tarpeet ja odotukset kotihoidon palveluiden suhteen. Samalla kehittämishankkeessa haluttiin kartoittaa kotihoidon työntekijöiden ammatillista osaamista ja kykyä vastata asiakkaiden kotihoidon palvelun tarpeisiin. Kehittämishankkeessa selvitettiin lisäksi kunnan virkamiesjohdon ja poliittisten päättäjien näkemyksiä ikäihmisten kotihoidosta ja sen kehittämisestä. Tulosten perusteella on tarkoitus kehittää kotihoitoa siten, että se auttaa kokonaisvaltaisemmin kotona asuvaa ikäihmistä.

Kehittämishankkeen tuloksista ilmeni, että Ylitornion kotihoito nykymuotoisena tukee ikäihmisten kotona asumista ja kotihoidon palveluita pidetään tärkeinä ikäihmisten kotona asumisen tukemisessa. Kotihoidon palvelut ovat pääosiltaan asiakaslähtöisiä, mutta kotihoidon palvelujen suunnittelussa ja toteuttamisessa ei oteta riittävästi huomioon asiakkaiden erilaisia palveluntarpeita. Työskentely on liiaksi rutinoitunutta ja painottuu sairaanhoidollisiin tehtäviin. Asiakkaiden sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen jää toissijaiseksi. Asiakkaat haluavat osallistua erilaisiin tapahtumiin ja ylläpitää sosiaalista verkostoaan, mutta siihen kotihoidon palveluilla ei voida vastata.

Palvelujärjestelmän tulee olla joustavampi ja huomioida asiakkaiden yksilölliset tarpeet paremmin. Ennakoivia palveluita tulee järjestää kattavammin ja interventioita tehdä

aikaisemmin ennen kuin asiakas joutuu raskaampien palvelujen piiriin. Ylitorniolla järjestetään ikääntyneille mahdollisuus osallistua ryhmäliikuntaan ja Seniorikortti on hyvä väline ylläpitää ja vahvistaa toimintakykyä. Hyvän fyysisen toimintakyvyn ylläpitäminen on tärkeää myös ikääntyneille. Tällä hetkellä ei ole resursseja toteuttaa hyvinvointia edistäviä kotikäyntejä niille ikäihmisille, jotka eivät vielä ole palvelujen piirissä, mutta toisen avopalveluohjaajan palkkaaminen loppukevään 2013 aikana tulee helpottamaan tilannetta.

Kotihoidon henkilöstön ammatillinen osaaminen on keskeinen tekijä kotihoidon kehittämisessä. Henkilöstöltä vaaditaan monipuolista osaamista ja herkkyyttä, jotta asiakkaiden tarpeisiin ja toimintaympäristön muutoksiin voidaan vastata. Tutkimuksesta ilmenee keskeisenä kehittämisen kohteena henkilöstön ammatillisen osaamisen vahvistaminen ja asiakkaan osallisuuden edistäminen omien palvelujen suhteen. Työskentelyn rutiineista pois oppiminen ja herkkyyys kuunnella asiakasta ovat edellytys asiakaslähtöiselle kotihoidolle.

Kaikki tutkimuksessa haastatellut tahot olivat sitä mieltä, että kotihoidon työntekijöillä on liian vähän aikaa asiakkaille. Asiakkaiden tarpeet eivät kiireessä tule aina huomioitua ja pysähtymiselle ja asiakkaan kuuntelemiselle ei ole riittävästi aikaa. Kotihoidon henkilöstöresurssit eivät tällä hetkellä vastaa täysin tarvetta, joten henkilöstöresurssien lisääminen on tulevaisuudessa välttämätöntä. Sen lisäksi työn sisällöt ja työtapojen tarkastelu vaativat huomiota. Yhteistyötä kunnan eri toimijoiden kanssa tulee lisätä ja myös alueellista yhteistyötä naapurikuntien kanssa tulee kehittää. Sosiaali- ja terveystoimen sujuva yhteistyö on ensiarvoisen tärkeää.

Yksinasuminen on lisääntynyt ja yksinasuminen tuo ikäihmiset nopeammin palvelujen piiriin. Kotona asuvat kokevat usein myös arjen toimintakyvyn ongelmia. Nämä ongelmat liittyvät yleensä kodin ulkopuolisiin toimintoihin ja liikkumiseen ulkona. Kotona asuu toimintakyvyltään aikaisempaa huonokuntoisia ja hyvin iäkkäitä ihmisiä. Julkisrahoitteinen kotihoito ei ole lisääntynyt samassa suhteessa vaan tilastoiden valossa kotihoidon kattavuus on huonontunut. Myös iäkkäiden perheeltä saama apu on vähentynyt. Palveluvaje osoittaa, että osa kotona asuvien avuntarpeesta on jäänyt kokonaan tyydyttämättä (Vaarama 2008).

Kotihoito tarvitsee riittävän määrän työntekijöitä vastaamaan ikääntyneiden palvelutarpeeseen. Riittävän resursoinnin jälkeen voidaan keskittyä kotihoidon palvelujen laadun kehittämiseen. Kotihoidon työntekijöiden työaikojen porrastamisella voidaan jakaa työntekijäresursseja tasaisemmin vastaamaan päivän palveluntarvetta. Kotiutushoitajan toimenkuvaa tulee selkeyttää ja sopia terveystieteidenkeskussairaalaan ja keskussairaalaan kotiuttamiselle yhteiset pelisäännöt. Kotiutusprosessi tulee avata ja asiakkaan kotiutumisen tulee tapahtua joustavasti ja turvallisesti. Ikäihmisen kotiuttamisen onnistuminen vaikeutuu sen myötä mitä pidempään ikäihminen on sairaalahoidossa. Sairaalaan kotiuttamisen suunnittelun tulee alkaa heti ikääntyneen potilaan sisäänkirjoitustilanteesta kartoittamalla hänen mahdollisuudet kotiutua heti akuutin hoitovaiheen päättymisen jälkeen.

Oman oppimisen kannalta kehittämistehtävän tekeminen vahvisti asiakkaan kuuntelemisen tarpeellisuutta ja yhä enemmän asiakaslähtöisyyden korostamista ikääntyneiden palveluiden suunnittelussa ja toteutuksessa. Kehittäminen Bikva-mallin avulla on antanut syvemmän kuvan palvelujen kehittämisestä asiakasnäkökulmasta, koska aiemmin palveluita on kehitetty enemmän rakenteista käsin. Poliittisten päättäjien mielenkiinto kehittämishanketta ja sen tuloksia kohtaan on kannustanut viemään kehittämishanketta eteenpäin. Heidän mielipiteensä hankkeen tärkeydestä on antanut uskoa, että asiakaslähtöisesti suunnitellut kotihoidon palvelut ovat mahdollista toteuttaa. Johdon tuki kehittämishankkeelle on ollut osaltaan tukemassa hankkeen onnistumista.

Ylitornion kotihoidossa työskentelee ammattitaitoinen ja motivoitunut henkilöstö, joille asiakkaiden hyvinvointi on tärkeää ja sydämen asia. Henkilöstön motivoituminen kehittämistyöhön hyvä lähtökohta, jonka avulla saadaan hyviä käytäntöjä juurrutettua kotihoidon työntekijöiden jokapäiväiseen työhön. Kehittämisestä tulee arkipäivää ja koko työprosessien ajan arvioidaan tehtyä työtä ja oman työn vaikuttavuutta ikäihmisen hyvinvoinnille.

Ikäihmisen itsemääräämisoikeuden ja osallisuuden korostaminen palvelujen suunnittelussa on hyvä nostaa enemmän keskiöön. Ikäihmiset ovat oman elämänsä asiantuntijoita ja heidän kykyään tehdä omia valintoja ja ratkaisuja oman palvelunsa suhteen tulee kunnioittaa. Ikäihmisten näkeminen yksilöinä ja heterogeenisena

väestöryhmänä vaatii asennemuutosta ja kykyä suunnitella yksilöllisemmin ikääntyneiden palveluja. Palvelujen suunnittelijoiden ja tuottajien tulee olla entistä herkempiä kuuntelemaan asiakasta. Palvelut, jotka eivät ole vaikuttavia, ovat kalliita.

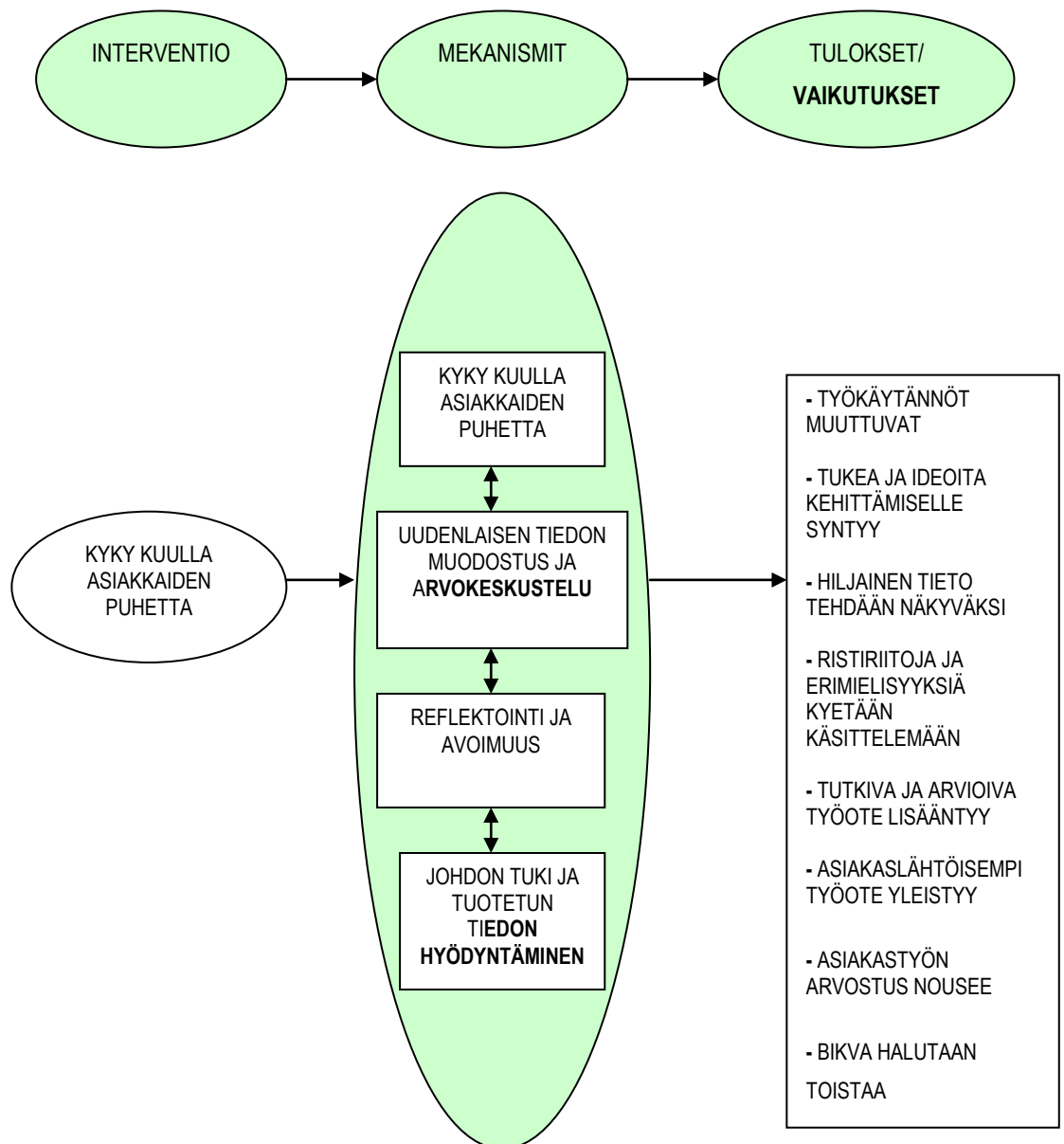
Kehittämishankkeessa käytetty Bikva-malli tähtää siihen, että työkäytäntöjä muutetaan vastaamaan asiakkaiden näkemyksiä ja arviointikriteerejä. Bikva-mallin käyttö voi olla eettisesti arveluttavaa, mikäli tietoa kerätään ainoastaan työyhteisön oppimisprosessia varten. Myös pelkästään asiakkaiden puheen kuuleminen ei muuta työkäytäntöjä, vaan muutos vaatii reflektointia, avoimuutta ja organisaation tukea, eli monen osatekijän yhteisvaikutusta. Työyhteisöissä on paljon kokemustietoa, joka ei itsestään jäsenny kokonaisuuksiksi, vaan siihen tarvitaan esimerkiksi työntekijän siirtymistä tiedon kantajan roolista sosiaalialalyttikon rooliin.

Työntekijöiden tiedon muodostumista ja työkäytäntöjä voidaan edistää Bikvan kaltaisella menetelmällä. Kyky kuulla ja kuunnella asiakkaiden palvelukokemuksia on perusedellytys asiakaslähtöisemmälle palvelulle. Bikva-menetelmästä saadut työkäytäntöjen pienet ja isot muutokset ovat lähtöisin asiakkaiden ja työntekijöiden tuottamasta tiedosta ja sen reflektoinnista. Bikva-mallin käytön myötä arvokeskustelu ja dialogisuus lisääntyvät, edellytyksenä on, että Bikvaa käytetään prosessimallin mukaan. Kun prosessista jää jokin osa aktivoitumatta, prosessin lopputulos on useimmiten heikompi. (Kuvio 14)

Kehittämishanke Ylitornion kotihoidon kehittämiseksi on tehty Bikvan prosessimallin mukaan. Kaikki Bikvan prosessimallin osa-alueet on huomioitu. Kehittämishankkeessa on saatu arvokasta tietoa kotihoidon asiakkailta, työntekijöiltä, kunnan johdolta ja poliittisilta päättäjiltä ikäihmisten kotiin annettavien palvelujen kehittämiseksi. Kehittämistyöhön on saatu johdon ja organisaation tuki. Saatua tietoa hyödynnetään kotihoidon työkäytäntöjen kehittämisessä ja palvelurakenteiden uudelleen järjestämisessä. Ylitornion kunnan strategiatyön yksi merkittävä osa on ikäpoliittinen strategia kunnan väestörakenne huomioiden.

Bikva-muutosmallia (Högnabba 2008, Kuvio 22) tulee hyödyntää kokonaisuudessaan, koska syys- seuraussuhteet ovat riippuvaisia vaikutusketjun intervention kokonaisuudesta. Mitään Bikva-prosessin osa-aluetta ei voi sulkea pois

kehittämistyössä, mikäli Bikva-arviointimallia käytetään. Bikva on erityisen sopiva menetelmä nostamaan esille niiden asiakkaiden puhetta, joita harvoin kuullaan kehittämistyössä.



Kuvio 22 Bikva muutosmalli (Högnabba 2008; 53)

Kehittämishankkeessa on luotu pohjaa Ylitornion kunnan asiakaslähtöisemmän kotihoidon kehittämiseksi, joka auttaa kotihoidon asiakkaita asumaan kotonaan mahdollisimman pitkään. Bikva-mallin käyttö kehittämistyön välineenä on kokeiltu ja todettu hyväksi tiedon tuottamisen välineeksi. Mallia tulee käyttää myös kehittämistyön aikana arvioimaan kehittämistyön juurtumista kotihoitoon, osaksi arjen työtä. Bikva-malli pitää nähdä osana palveluiden kokonaiskehittämistä, jotta se ei jää irralliseksi prosessiksi.

Menetelmän käyttö edellyttää halua toimia asiakaslähtöisesti, kriittistä suhtautumista rakenteisiin ja olemassa oleviin arvoihin. Bikva-mallin mukaisessa prosessissa muodostetaan uudenlaista tietoa siten, että myös johto ja poliittiset päättäjät pääsevät osallisiksi asiakkaiden ja työntekijöiden tuottamasta puheesta ja kokemuksesta. Työyhteisössä tulee pohtia enemmän sitä, mitä tarkoitetaan puhuttaessa asiakaslähtöisyydestä ja asiakasosallisuudesta. Työympäristön tulee olla oppiva ja refleктоiva, työntekijöiden tulee arvioida omaa tekemistään työprosesseissa (Högnabba 2008, 57- 58).

Tulevaisuutta ajatellen Ylitornion kunnassa on tehtävä kaikki voitava ikäihmisten toimintakyvyn tukemiseksi. Kunta- ja palvelurakennemuutos on merkittävä tulevaisuuden palvelurakenteen kannalta, sillä se muovaa vääjäämättä sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotantorakennetta uuteen uskoon. Keskeistä on miten uudistusta toteutetaan, koska palvelurakennemuutos antaa vain puitteet ja pakottaa yhteistyöhön ja voimien yhdistämiseen. Olennaiseksi muodostuu hyvinvointipolitiikan tuleva kehitys ja sen vaikutukset ikääntyneiden asemaan. Ikäihmiset huomioonottava palvelurakenne edellyttää tietoon perustuvia suunnitelmia ja toimia. Niiden tulee lähteä ikäihmisten ja heidän perheidensä, ei järjestelmän tarpeesta. Tuottavuuden sijasta huomio tulee kiinnittää vaikuttavuuteen.

Palvelujen asiakaslähtöisyyden ja vaikuttavuuden parantamiseksi tarvitaan tietoa palvelujen laadusta, asiakasnäkökulmasta, palvelujen ammatillisesta laadusta, johtamisen laadusta, palvelujen kohdentumistehokkuudesta, resurssien käytön tehokkuudesta ja palvelujen jaon oikeudenmukaisuudesta sekä tuloksellisista asiakasprosesseista.

Kehittämishankkeen jatkotutkimusehdotuksina voidaan ehdottaa Bikva-mallin käyttöä myös muiden ikäryhmien palvelujen asiakaslähtöisessä kehittämisessä. Bikva-malli toimii kehittämistyön välineenä myös palveluasumisen kehittämisessä. Ikäihmisten muuttaminen palvelukotiin ja kotona pärjäämistä vaikeuttavat asiat ovat mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe jatkossa Ylitorniolla. Ylitornion kunnan myöntämän Seniorikortin vaikuttavuus ikäihmisten laaja-alaiseen toimintakykyyn olisi myös aiheellista selvittää. Kehittämishankkeen tuloksena suunnitellaan työntekijöiden kanssa uudenlainen tapa tuottaa kotihoidon palveluita, jonka toteutumisen selvittäminen voisi olla myös yksi jatkotutkimuksen aihe.

LÄHTEET

Kirjallähteet

- Alasuutari, Pertti 2005. Yhteiskuntatutkimuksen etiikasta. Teoksessa Tutkimus menetelmien pyörteissä. Sosiaalitutkimuksen lähtökohdat ja valinnat. Toimittanut Räsänen, Pekka & Raittila, Anu-Hanna & Melin, Harri. Jyväskylä: PS-Kustannus. (15–28).
- Ala-Nikkola, Merja 2002. Vanhustenhuollon käytännöissä rakentuva asiakkuus. Teoksessa Vastaamme vanhusten hyvinvoinnista. Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän sopeuttaminen ikääntyneiden tarpeisiin. Toimittanut Lehto, Juhani & Natunen, Kari. Helsinki: Suomen Kuntaliitto (46-53).
- Ala-Nikkola, Merja 2003. Sairaalassa, kotona vai vanhainkodissa? Etnografinen tutkimus vanhustenhuollon koti- ja laitoshoidon päätöksentekotodellisuudesta. Tampere: Acta Universitatis Tampensis 972.
- Dittman-Kohl, Freya & Westerhof, Gerben 2008. Ageing in Society, edited Bond John & Peace Sheila. London: Sage Publications.
- Forss, Simo & Karjalainen, Pirkko & Tuominen, Kristiina 1995. Mistä apua vanhana? Tutkimus vanhusten avuntarpeesta ja eläkeläisten vapaaehtoistyöstä. Vaasa: Ykkös-Offset.
- Heinola, Reija (toim.) 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakes 2007:70. Vaajakoski: Gummerus.
- Hätönen, Heljä 2011. Osaamiskartoituksesta kehittämiseen 2. Helsinki: Edita Prima Oy
- Högnabba, Stina 2008. Muuttaako asiakkaan puhe työkäytäntöjä? Tutkimus Bikva-arviointimenetelmän vaikutuksista. Stakes, Raportteja 34/2008. Helsinki: Valopaino Oy
- Ihalainen, Jarmo & Kettunen, Terttu 2011. Turvaverkko vai trampoliini? Sosiaaliturvan mahdollisuudet. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kainulainen, Sakari 1998. Elämäntapahtumat ja elämään tyytyväisyys eri sosiaaliluokissa. Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus.

Katz, Stephen & Mchugh, Kevin 2010. Age, Meaning and Place, teoksessa A Guide to humanistic studies in Ageing, what does it mean to grow old. Edited Cole R., Thomas & Ray E., Ruth & Kastenbaum, Robert. Baltimore: The John Hopkins University Press.

Kinnunen, Petri 2003. Maakunnallinen hyvinvointi ja sen ennakointi. Teoksessa Sosiaalisen vaihtuvat vastuut. Toimittanut Laitinen, Merja & Pohjola, Anneli. Juva: PS-kustannus.

Koskinen, Simo 1990. Vanhusten aseman ja vanhuspolitiikan muotoutuminen. Teoksessa Elämää kairoilta. Toimittanut Koskinen, Simo. Rovaniemi: Lapin korkeakoulun monistuskeskus.

Koskinen, Simo (2004). Ikääntyneiden voimavarat. Teoksessa Ikääntyminen voimavarana. Toimittanut Kautto, Mikko. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5, 24–90. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33.

Koskinen, Simo 2007. Ikäihmisen asema Suomessa ja ikääntymisen käsityksiä. Teoksessa Vanhuuden monet kasvot. Toimittanut Tulva, Taimi & Uusitalo, Ilkka & Harra, Kimmo. Saarijärvi: Offset Oy.

Krogstrup, Hanne Kathrine 2004. Asiakaslähtöinen arviointi Bikva-malli. Hyvät käytännöt menetelmä-käsikirja. Stakes.

Kröger, Teppo 1996. Kunnat valtion valvonnassa? Teoksessa Sosiaalipalvelujen Suomi. Toimittanut Sipilä, Jorma & Ketola, Outi & Kröger, Teppo & Rauhala Pirkko-Liisa. Juva: WSOY. (23-84).

Kröger, Teppo 2002. Paikallisuus, monituottajuusmalli ja politiikka. Teoksessa Vastaamme vanhusten hyvinvoinnista. Sosiaali- ja terveystaloustieteen tutkimuskeskustuksen ikääntyneiden tarpeisiin. Toimittanut Lehto, Juhani & Natunen, Kari. Suomen kuntaliitto Acta nro 144.

Kärnä, Sirpa 2009. Hyvinvoinnin pysyvyyttä ja muutosta kolmannessa iässä. Ikääntyvien henkilöiden elämäntien seuranta vuosina 1991 ja 2004 Varkauden kaupungissa. Kuopio: Kopijyvä.

Luoma, Minna-Liisa & Kattainen, Eija 2007. Kotihoidon asiakkaat. Teoksessa Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Toimittanut Heinola, Reija. Stakes oppaita 70. Vaajakoski: Gummerus. (18–20).

Muuri, Anu 2008. Sosiaalipalveluja kaikille ja kaiken ikää? Jyväskylä: Gummerus

Muurinen, Seija & Nenonen, Mikko & Wilskman, Kaarina & Agge, Eva 2010. Hoitotyön vuosikirja 2010. Helsinki: Fioca Oy.

Mäki, Tiina 2004. Laadun informaatio-ohjauksen haasteet. Hoitohenkilökunnan ja laatusuosituksen laadulle antamien merkitysten harmonisuus ja ristiriitaisuus. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 109. Kuopio: Kuopion yliopisto.

Niemelä, Anna-Liisa & Nikkilä, Aila 2009. Yksinäisenä omassa kodissaan. Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Toimittanut Engeström, Yrjö & Niemelä, Anna-Liisa & Nummijoki, Jaana & Nyman, Juha. Juva: PS-kustannus. 135-163.

Nummijoki, Jaana 2009. Toiminta- ja liikkumiskyky porttina vanhusten toimijuuteen teoksessa Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Toimittanut Engeström, Yrjö & Niemelä, Anna-Liisa & Nummijoki, Jaana & Nyman, Juha. Juva: PS-kustannus. 87-134.

Ojala, Seija 2008. Olen ammatiltani lähihoitaja. Helsinki: Super.

Oulasvirta, Leena, 2007. Palvelun laadun arviointi moniportaisessa julkisessa hallinnossa, Akateeminen väitöskirja, Tampereen yliopisto

Paljärvi, Soili 2012. Muuttuva kotihoito. 15 vuoden seurantatutkimus Kuopion kotihoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

Piekkari, Jouni & Hakapää, Liisa 2007. Pohjoinen kaupunki kolmasikäisten elämysympäristönä. Teoksessa Kolmasikäisten elämää pohjoisissa kapungeissa. KaupunkiElvi-hankkeen tutkimustuloksia. Toimittanut Koskinen, Simo & Hakapää, Liisa & Maranen, Pirkko & Piekkari, Jouni. Rovaniemi: Lapin yliopistopaino. (135-175).

Pohjola, Anneli 2003. Eettisesti kestävä sosiaalitutkimus. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja C. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Pohjolainen, Pertti 1990. Mitä on sosiaaligerontologia? Teoksessa vanheneminen ja elämänkulku. Toimittanut Pohjolainen, Pertti & Jylhä, Marja. Mänttä: Weilin & Göös. (17-59).

Rintala, Taina 2003. Vanhuskuvat ja vanhustenhuollon muotoutuminen 1850-luvulta 1990-luvulle. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 132. Saarijärvi: Gummerus.

- Ruotsalainen, Pekka 2000. Asiakaslähtöinen palveluketju ja tietoteknologia Teoksessa Hyvinvointivaltion palveluketjut. Toimittanut Nouko-Juvonen, Susanna & Ruotsalainen, Pekka & Kiikkala, Irma. Helsinki, Tammi.
- Salonen, Kari, 2007. Haastava sosiaalinen vanhustyössä. Avopalvelutyöntekijöiden näkemyksiä kotona asuvien vanhusten olomuotoisuudesta. Turun ammattikorkeakoulun tutkimuksia 26. Turku: Turun kaupungin painatuspalvelukeskus.
- Spiker, Paul 2008. Social Policy, Welfare State. Southampton: Hobbs.
- Stenvall, Jari & Virtanen, Petri 2012. Sosiaali- ja terveystalouden uudistaminen. Kehittämisen mallit ja toimintatavat. Helsinki: Tietosanoma Oy.
- Suikkanen, Asko 2003. Sosiaalipolitiikan yksilölähtöinen tulkintatapa. Teoksessa Sosiaalisen vaihtuvat vastuut. Toimittanut Laitinen, Merja & Pohjola, Anneli. Juva: PS-kustannus.
- Tervonen, Antero 2001. Laadun kehittäminen suomalaisissa yrityksissä. Akateeminen väitöskirja, Lappeenranta yliopisto
- Tenkanen, Raija 2003. Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja sen merkitys vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. Rovaniemi. Lapin yliopistopaino.
- Tepponen, Merja 2009. Kotihoidon integrointi ja laatu. Integration and Quality of Home care. Kuopion yliopiston julkaisuja E. yhteiskuntatieteet. Kuopio: Kopijyvä.
- Timonen, Virpi 2007. Worlds apart? Public, Private and Non-Profit Sector Providers Domiciliary Care for Older Persons in Ireland. Journal of Ageing Studies (2-46).
- Vaarama, Marja & Luomahaara, Jaakko & Peiponen, Arja & Voutilainen, Päivi 2001. The Whole Municipality Working Together for Older People. Helsinki: Stakes.
- Vaarama, Marja & Luoma, Minna-Liisa & Ylönen, Lauri 2006. Ikääntyneiden toimintakyky, palvelut ja koettu elämänlaatu. Teoksessa Suomalaisten hyvinvointi 2006. Toimittanut Kautto, Mikko. Helsinki: Sosiaali- ja terveystalouden kehittämiskeskus 104-137.
- Varto, Juha 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Helsinki: Kirjayhtymä.

Vilkko, Anni & Finne-Soveri, Harriet & Heinola, Reija 2010. Ikäihmisten palvelutarpeet ja saatu apu. Teoksessa Suomalaisten hyvinvointi 2010. Toimittanut Vaarama, Marja & Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari. Helsinki: Yliopistopaino 60–77.

Voutilainen, Päivi 2007. Laadun arviointi teoksessa Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Stakesin oppaita 70. Toimittanut Heinola, Reija. Vaajakoski: Gummerus. (13–17)

Julkaisut

Luoma, Kalevi & Rätty, Tarmo & Moisio, Antti & Parkkinen, Pekka & Vaarama, Marja & Mäkinen, Erkki 2003. Seniori-Suomi. Ikääntyvän väestön taloudelliset vaikutukset. Sirtan raportteja 30. Helsinki: Edita Prima Oy.

Mäkinen, Sanna & Valve, Raisa & Pekkarinen, Satu & Mäkelä, Tiina 2006. Kuinka uudistamme palvelujärjestelmää? Innovatiivisella prosessien kehittämisellä kohti laadukkaampia ja tuottavampia vanhusten palveluja. Verso julkaisuja. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsaus 2010. Terve ja hyvinvoiva Suomi 2020. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:23. STM, Helsinki.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. Kaste-ohjelma 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Tampere: Yliopistopaino.

Internet-lähteet

Kansanterveyslaki 28.1.1972 / 66

Kansanterveyslain väliaikainen muuttaminen. 30.12.2004 / 1429

Kuntalaki 17.3.1995 / 365

Kokko, Simo & Tammelin, Mia & Heinimäki, Liisa & Muuri, Anu 2010. PARAS-uudistuksen tilanne sosiaali- ja terveystalvelujen osalta keväällä 2009. Toimittanut Kauppinen, Sari. Terveysten ja hyvinvoinninlaitoksen asiantuntijoiden arvioita perustalvelujen tilasta. Raportti 9/2010. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinninlaitos. Hakupäivä 23.7.2012.

<<http://thl.fi/thl-client/pdfs/0f7be8e6-0385-46a0-902d-c2f3602193a0> >

Laine, Veli & Sinko, Pekka & Vihriälä Vesa 2009. Ikääntymisraportti. Kokonaisarvio ikääntymisen vaikutuksista ja varautumisen riittävydestä. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 1/2009. Hakupäivä 20.3.2010.

<<http://vnk.fi/julkaisukansio/2009/j01-ikaantymisraportti-j04-ageing-report/pdf/fi.pdf>>

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista 28.12.2012 / 980.

Laki kunta- ja palvelurakennemuudistuksesta 9.2.2007/169. Hakupäivä 2.4.2013

Laki sosiaali- ja tervetdenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 3.8.1992 / 733

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992 / 785

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000 / 812

Laki tervetdenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994 / 559

Laki sosiaalihuollon ammatillisen henkilöstön kelpoisuusvaatimuksista 29.7.2005 / 608

Mella, Ilkka & Pouru, Laura 2013. Maakuntien suhdannekehitys 2011–2013. Työ- ja elinkeinoministeriö. TEM-analyysejä 48/2013. Hakupäivä 6.5.2013.

<http://www.tem.fi/files/36091/Maakuntien_suhdannekehitys_2011-2013.pdf>

Potilasvahinkolaki 25.7.1986 / 585

Sosiaalihuoltoasetus 29.6.1983/607.

Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710.

Sosiaalihuoltolain väliaikainen muuttaminen. 20.12.2004 / 1428

Sosiaali- ja terveysministeriön ikääntymisraportti 2003. Ikääntyminen kansainvälisen ja kansallisen toiminnan kohteena. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Hakupäivä 20.1.2013.

<<http://pre20031103.stm.fi/kvt/suomi/ikaanrap.htm#9.%20EUROOPAN%20NEUVOSTON%20IK%C3%84POLITIikka>>

Sosiaaliportti. Lastensuojelun käsikirja. Osaamisen määrittely. Hakupäivä 21.1.2013

<<http://www.sosiaaliportti.fi/fiFI/lastensuojelunkasikirja/tyontuki/osaamiskartoitus/maarittely/Sosiaaliportti>>

Sotkanet. Väestötilastot. Hakupäivä 26.2.2013

><http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/tulossivu?regionCount=1¤tEvent=getData&sexCount=1&setId=p85c1a784c430d8b588a230697c43cba586ccf91ce9243c&indCount=1&yearCount=1><

Tekes. Palveluliiketoiminnan sanasto, Vocabulary of Service Business. Hakupäivä 23.3.2013

<www.tekes.fi/fi/document/44252/palveluliiketoim_sanasto_pdf>

Terveydenhuoltolaki. 30.12.2010 / 1326

Vikberg, Paula 2007. Hoituu kotona hankkeen loppuraportti. Hakupäivä 20.10.2012.

<http://portal.hamk.fi/portal/page/portal/HAMKJulkisetDokumentit/Yleisopalvelut/Julkaisupalvelut/Kirjat/kielet_kulttuuri_hyvinvointi/Hoituu_Kotona.pdf>

Volk, Raija & Nivalainen, Henna 2009. Väestön ikääntymiseen varautuminen – alueellinen näkökulma. Valtioneuvoston kanslian raportteja 4/2009. Hakupäivä 15.2.2010

<<http://vnk.fi/julkaisukansio/2009/r04-vaeston-ikaantymiseen-varautuminen/pdf/fi.pdf>>

Yleisradio, verkkouutiset 14.4.2013. Hakupäivä 20.4.2013.

<http://yle.fi/uutiset/nyt_se_tapahtui_elakemaksut_eivat_ena_kata_maksettuja_elakeita/6578528>

Luennot

Emeritusprofessori Koskinen, Simo, sosiaaligerontologian luennot kevät 2009. Lapin yliopisto.

Tiedotustilaisuus ikälaista, 27.11.2012. Oulu.

Professori Vaarama, Marja, sosiaaligerontologian luennot 15.9.2008. Lapin yliopisto.

Opinnäytetyöt

Lahtela, Maarit & Lantto, Merja 2009. ”Näitä apuja met tarttisimma”. Tutkimus ikäihmisen hyvää elämää tukevista kotihoidon palveluista Ylitorniolla. Kemi 2009

LIITTEET

- Liite 1. Kyselylomake asiakkaille
- Liite 2. Teemahaastattelurunko kotihoidon työntekijöiden haastatteluun
- Liite 3. Kysely kotihoidon työntekijöille
- Liite 4. Johdon ja poliittisten päättäjien haastatteluteemat

Liite 1. Kyselylomake asiakkaille

1 1(10)

KYSELYLOMAKE

ALUE:

YTKH1 ____

YTKH2 ____

YTKH3 ____

Rastittakaa (x) mielestänne sopivin vaihtoehto

A. TAUSTATIEDOT

1. Sukupuoli

1. Nainen ____

2. Mies ____

2. Siviilisäätty

1. Naimaton ____

2. Avo- tai avioliitossa ____

3. Eronnut tai asumuserossa ____

4. Leski ____

3. Mikä on oma kokemuksenne terveydentilanne suhteen

1. Terveysteni on erittäin hyvä ____

2. Terveysteni on melko hyvä ____

3. Terveysteni on keskinkertainen ____

4. Terveysteni on melko huono ____

5. Terveysteni on erittäin huono ____

B. KOTIHOITO

1 2(10)

4. Miksi kotihoidon työntekijä käy luonanne

1. Sairaushoito (esim. diabetes) ____
2. Vammaisuus (esim. näkö, kuulo) ____
3. Liikkumisvaikeus ____
4. Muistisairaus ____
5. Yksinäisyys ____
6. Turvattomuus ____
7. Psykkiset ongelmat (esim. masennus) ____
8. Muu syy mikä? _____

5. Auttaako kotihoidon työntekijä teitä

- | | | |
|----------------------|------------|---------|
| 1. Aterioinnissa | kyllä ____ | ei ____ |
| 2. Peseytymisessä | kyllä ____ | ei ____ |
| 3. Lääkkeiden otossa | kyllä ____ | ei ____ |
| 4. Vaatehuollossa | kyllä ____ | ei ____ |
| 5. Asioinnissa | kyllä ____ | ei ____ |
| 6. Liikkumisessa | kyllä ____ | ei ____ |
| 7. Siivouksessa | kyllä ____ | ei ____ |
| 8. Muussa, missä? | _____ | |

6. Rastittakaa alla olevasta saamanne kotihoidon tukipalvelut tällä hetkellä

- | | |
|----------------------|--------------------------|
| Ateriapalvelu ____ | Turvapuhelinpalvelu ____ |
| Siivouspalvelu ____ | Pyykkipalvelu ____ |
| Kylvetyspalvelu ____ | Kuljetuspalvelu ____ |
| Asiointipalvelu ____ | Saattajapalvelu ____ |
| Muu, mikä? _____ | |

7. Missä tunnette tarvitsevanne enemmän apua?

1 3(10)

- | | | |
|----------------------|------------|---------|
| 1. Aterioinnissa | kyllä ____ | ei ____ |
| 2. Peseytymisessä | kyllä ____ | ei ____ |
| 3. Lääkkeiden otossa | kyllä ____ | ei ____ |
| 4. Vaatehuollossa | kyllä ____ | ei ____ |
| 5. Asioinnissa | kyllä ____ | ei ____ |
| 6. Liikkumisessa | kyllä ____ | ei ____ |
| 7. Siivouksessa | kyllä ____ | ei ____ |
| 8. Muussa, missä? | _____ | |

8. Kuka apunne järjesti ja otti yhteyttä kotihoitoon?

Itse ____

Puoliso ____

Lapset ____

Sairaala ____

Joku muu, kuka? _____

9. Olitteko itse mukana kun kotihoidon apuanne suunniteltiin?

Olin mukana ____

En ollut mukana ____

10. Kysyttiin teiltä mitä apua te itse koette tarvitsevanne?

Kyllä ____

Ei kysytty ____

11. Oletteko itse saanut muuttaa saamanne palvelun sisältöä aiemmin suunnitellusta?

Olen saanut muuttaa sisältöä ____

En ole saanut muuttaa sisältöä ____

1 4(10)

12. Voitteko itse vaikuttaa siihen miten kotihoidon työntekijä tekee työn?

Kyllä voin _____

En voi _____

En osaa sanoa _____

13. Voitteko itse vaikuttaa siihen mihinkä aikaan työntekijä käy luonanne?

Kyllä voin _____

En voi _____

En osaa sanoa _____

14. Haluaisitteko

Lisätä kotihoidon käyntikertoja _____

Vähentää kotihoidon käyntikertoja _____

Lisätä käytiin kuluva aikaa _____

Vähentää käyntiin kuluva aikaa _____

15. Tiedätkö kuka on omahoitajanne kotihoidossa?

Tiedän _____

En tiedä _____

En osaa sanoa _____

16. Haluaisitteko, että omahoitaja kävisi luonanne useammin?

Kyllä haluaisin _____

En haluaisi _____

En osaa sanoa _____

17. Jos Ylitornion kotihoidolla olisi yöpartiotoimintaa, haluaisitteko luonanne
käytävän yöllä?

Haluaisin _____

En haluaisi _____

En osaa sanoa _____

1 5(10)

18. Mihin kodin ulkopuoliseen toimintaan osallistutte?

Käyn vierailulla ystävien luona ____

Käyn ikäihmisille tarkoitetuissa kerhoissa ____

Käyn teatteriesityksissä ____

Käyn tansseissa ____

Käyn uimassa / kuntoilemassa kuntotalolla ____

Käyn kirjastossa ____

Käyn elokuvissa ____

Käyn kulttuuritilaisuuksissa / näyttelyissä ____

Käyn seurakunnan tilaisuuksissa ____

Muussa, missä? _____

19. Mihin kodin ulkopuoliseen toimintaan haluaisitte osallistua, jos saisitte apua osallistumiseen?

Vierailla ystävien luona ____

Käydä ikäihmisille tarkoitetuissa kerhoissa ____

Käydä katsomassa teatteriesityksiä ____

Käydä tanssimassa ____

Käydä uimassa / kuntoilemassa kuntotalolla ____

Käydä kirjastossa ____

Käydä elokuvissa ____

Käydä kulttuuritilaisuuksissa / näyttelyissä ____

Käydä seurakunnan tilaisuuksissa ____

Muussa, missä? _____

20. Koetteko olonne turvalliseksi kotona asuessanne?

Koen turvalliseksi ____

En koe turvalliseksi ____

En osaa sanoa ____

1 6(10)

21. Koetteko itsenne yksinäiseksi kotona asuessanne?

Koen yksinäiseksi ____

En koe yksinäiseksi ____

En osaa sanoa ____

22. Koetteko itsenne tarpeelliseksi?

Koen tarpeelliseksi ____

En koe tarpeelliseksi ____

En osaa sanoa ____

23. Koetteko itsenne tyytyväiseksi

Koen tyytyväiseksi ____

En koe tyytyväiseksi ____

En osaa sanoa ____

24. Koetteko itsenne onnelliseksi?

Koen itseni onnelliseksi ____

En koe itseäni onnelliseksi ____

En osaa sanoa ____

25. Minulla on mielekästä tekemistä

Kyllä on ____

Ei ole ____

En osaa sanoa ____

26. Koen itseni masentuneeksi

Kyllä koen ____

En koe ____

En osaa sanoa ____

1 7(10)

27. Valitkaa rastittamalla alla olevista kaksi mieluisinta asuinpaikkaa

1. Asun kaikkein mieluummin kotona. ____
2. Haluaisin asua pienessä asumisyksikössä /ryhmäkodissa ____
3. Haluaisin asua palvelutalossa ____
4. Haluaisin asua laitoksessa (terveyskeskus) ____

1 8(10)

C Arvioikaa alla lueteltuja, kotihoitoa koskevia väittämiä ja rastittakaa (X) mielestänne oikea väittämä

Väittämä	Olen täysin samaa mieltä	Olen samaa mieltä	En osaa sanoa	Olen eri mieltä	Olen täysin eri mieltä
1. Työntekijät huomaavat tarpeeni ja / tai/ongelmani					
2. Työntekijät ovat palveluaittiita					
3. Työntekijät löytävät ratkaisun ongelmiini ja tarpeisiini					
4. Työntekijät hoitavat tarpeeni tai ongelmani tärkeysjärjestyksessä					
5. Työntekijät ovat yhteistyökykyisiä					
6. Työntekijät voivat suunnitella ja järjestellä työtään					
7. Työntekijät osaavat kertoa tarjolla olevista palveluista					
8. Työntekijät osaavat kertoa kenelle palvelut on tarkoitettu					
9. Työntekijät kertovat minulle miten palvelut on mahdollista saada					
10. Työntekijät kohtelevat minua kunnioittavasti					
11. Työntekijöillä on aina kiire					
12. Työntekijöillä on tarpeeksi aikaa minulle					
13. Työntekijät tulevat aina siihen aikaan kun on sovittu					

Väittämä	Olen täysin samaa mieltä	Olen samaa mieltä	En osaa sanoa	Olen eri mieltä	Olen täysin eri mieltä
14. Työntekijät tekevät, mitä heiltä pyydetään					
15. Työntekijät suorittavat luvatut palvelut					
16. Työntekijöiden tehtäviä on liikaa rajattu					
17. Työntekijät auttavat minua yhteydenpidossa muihin ihmisiin					
18. Työntekijät neuvovat/ohjaavat terveyteen liittyvissä asioissa					
19. Luotan kotihoidon (kotipalvelu, -sairaanhoido) työntekijöihin					
20. Yhteydenotto/-saanti kotihoidon työntekijöihin on helppoa					
21. Tulen toimeen työntekijöiden kanssa					
22. Työntekijät ymmärtävät ihmisten erilaisia elämäntilanteita					
23. Työntekijät vaihtuvat liian usein					
24. Haluaisin itse päättää ketkä työntekijät luonani käyvät					
25. Vaatimalla saa palveluja helpommin					
26. Avun saavat palveluja eniten tarvitsevat asiakkaat					

Väittämä	Olen täysin samaa mieltä	Olen samaa mieltä	En osaa sanoa	Olen eri mieltä	Olen täysin eri mieltä
27. Asiakkaat kotiutetaan laitoksista liian huonokuntoisina					
28. Jos minulla ja työntekijällä on erilainen käsitys asioista, pääsemme neuvottelemalla yhteisymmärryksen					
29. Työntekijöiden kanssa on vaikea päästä sopimukseen palvelujen sisällöstä					
30. Työntekijät määräilevät liikaa					

Tähän kyselylomakkeeseen vastasin: Itse ____

Omaisien avustamana ____

Kotihoidon työntekijän avustamana ____

Kiitos vastaamisestanne!

2(1)

Liite 2. Teemahaastattelurunko kotihoidon työntekijöiden haastatteluun

1. Mitkä ovat kotihoidon työntekijän tärkeimmät tehtävät asiakastyössä?
2. Missä asioissa kotihoidon asiakkaat tarvitsisivat enemmän apua kuin nyt saavat?
3. Tuleeko tilanteita joissa asiakkaan palvelusisältö ei vastaa palveluntarvetta? Jos tulee niin miten toimit tilanteessa? Minkä verran asiakkaat kysyvät saatavilla olevista palveluista ja pystytkö ohjamaan heitä?
4. Puhuvatko asiakkaat usein yksinäisyyden ja turvattomuuden kokemuksistaan työntekijöille? Jos puhuvat, niin miten olet toiminut/toimit tilanteessa?

Liite 3. Kysely kotihoidon työntekijöille

3 1(3)

1. Luettele kolme tärkeintä tekijää ammatissasi oloon

- a. _____
- b. _____
- c. _____

2. Moniko/monellako vastuullasi olevista asiakkaista on:

- a. Sairas, esim. diabeetikko _____
- b. Vammainen esim. kuulo, näkö _____
- c. Vaikeuksia liikkumisessa _____
- d. Muistisairas _____
- e. Yksinäinen _____
- f. Turvaton _____
- g. Psykkisiä ongelmia _____
- h. Muu syy, mikä? _____

3. Omahoitajajärjestelmä on mielestäni:

- a. Hyvä _____
- b. Huono _____
- c. En osaa sanoa _____

4. Kotihoidon yöpartio toiminta tulisi aloittaa Ylitorniolla asiakkaiden kotona selviytymisen tueksi:

- a. Kyllä _____
- b. Ei _____
- c. En osaa sanoa _____

3 2(3)

5. Arvio seuraavia kotihoidon toimintaa koskevia väittämiä

Väittämä	Olen täysin samaa mieltä	Olen samaa mieltä	En osaa sanoa	Olen eri mieltä	Olen täysin eri mieltä
1. Asiakas saa tarvitsemansa avun					
2. Asiakas on tyytyväinen saamaansa palveluun					
3. Toiminta on ammattitaitoista					
4. Toiminta on vastuullista					
5. Työni on asiakkaan kannalta tarkoituksenmukaista					
6. Työni on asiakkaan kotona selviytymisen kannalta tärkeää					
7. Tunnistan asiakkaan tarpeet/ongelmat					
8. Löydän ratkaisun asiakkaan ongelmaan helposti					
9. Asiakkaan toimintakykyä ei huomioida tarpeeksi avun suunnittelussa					
10. Asiakkaat kotiutetaan laitoksista usein liian huonokuntoisina					
11. Minulla on riittävästi aikaa asiakkaalle					
12. Annan luvatut palvelut					

Väittämä	Olen täysin samaa mieltä	Olen samaa mieltä	En osaa sanoa	Olen eri mieltä	Olen täysin eri mieltä
13. Tulen siihen aikaan kun on sovittu					
14. Teen sitä, mitä asiakkaat pyytävät					
15. Työtehtäviäni on rajattu liikaa					
16. Osaan kertoa asiakkaalle, kenelle palvelut on tarkoitettu					
17. Neuvon ja ohjaan asiakasta terveyteen liittyvissä asioissa					
18. Autan asiakasta pitämään yhteyttä muihin ihmisiin					
19. Asiakassuhteet katkeavat liian usein					
20. Vaatimalla asiakkaat saavat helpommin palveluja					
21. Eniten apua tarvitsevat saavat avun					
22. Erimielisyystilanteessa pääsemme neuvottelemalla molempia osapuolia tyydyttävään ratkaisuun					
23. Asiakkaiden kanssa on vaikea päästä sopimukseen palvelun sisällöstä					
24. Asiakkaat määräilevät työtäni liikaa					
25. Haluaisin itse valita kenen asiakkaan luona käyn					

Kiitos vastaamisestasi!

1(1)

Liite 4. Johdon ja päättäjien haastatteluteemat

1. Koetteko / uskotteko kotihoidon tukevan kotona asumista?
2. Onko mielestänne nykyinen kotihoidon tuottamismalli hyvä?
3. Tarvitaanko kotihoitoon palveluseteliä, jos tarvitaan, niin mihin palveluihin?
4. Millä keinoin kotihoidon asiakkaiden kokemaa yksinäisyyttä ja turvattomuutta voitaisiin kotihoidon palvelujen keinoin lievittää? Olisitteko valmiita resursoimaan siihen?
5. Millä keinoin voitaisiin edistää kunnan eri hallintokuntien yhteistyötä ikäihmisten kotona asumisen tukemisessa?